


Epämääräisestä oireilusta ympäristösairauteen

Sisäilmasta sairastuminen lääketieteellisenä kiistana

Milja Maria Johanna Mansukoski

Helsingin yliopisto
Valtiotieteellinen tiedekunta
Sosiologia
Pro gradu -tutkielma

Toukokuu 2013

 <div> HELSINGIN YLIOPISTO HELSINGFORS UNIVERSITET UNIVERSITY OF HELSINKI </div>		
Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Valtiotieteellinen tiedekunta		Laitos – Institution – Department Sosiaalitieteiden laitos
Tekijä – Författare – Author Milja Mansukoski		
Työn nimi – Arbetets titel – Title Epämääräisestä oireilusta ympäristösairauteen. Sisäilmasta sairastuminen lääketieteellisenä kiistana		
Oppiaine – Läroämne – Subject Sosiologia		
Työn laji – Arbetets art – Level Pro gradu	Aika – Datum – Month and year Toukokuu 2013	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 78
Tiivistelmä – Referat – Abstract <p>Tutkimuksessa tarkastellaan sisäilmaongelmien aiheuttamia terveyshaittoja lääketieteellisenä kiistana. Kosteusvaurioiden ja synteettisten rakennus- ja pintamateriaalien epäillään aiheuttavan monenlaisia terveysongelmia, mutta astma on yleensä ainoa sisäilmaan liitetty sairaus. Nykylääketiede edellyttää todisteiden löytymistä ihmiskehoista, mutta käytössä olevat tutkimusmenetelmät eivät anna varmuutta terveysongelmien syistä. Ympäristömyrkyistä keskusteltaessa on keskitytty perinteisesti luonnossa oleviin saasteisiin. Tässä työssä huomio kiinnitetään rakennetun ympäristön aiheuttamiin ongelmiin. Sisäilmaongelmien problematiikassa ympäristö ja yhteiskunta kohtaavat tavalla, jossa ongelmien tunnistamisen, luokittelun ja ratkaisemisen haasteet koskevat sekä rakennuksia että potilaan tutkimista ja hoitamista. Tutkielman tavoitteena on tuoda esiin ja eritellä lääkäreiden näkemyseroja ja ilmiön kiistanalaisuutta osaltaan selittäviä sosiaalisia tekijöitä sekä niiden vaikutusta sairastuneiden asemaan.</p> <p>Laadullisin tutkimusmenetelmin toteutetun tutkielman aineisto koostuu 12:sta puolistrukturoidulla menetelmällä suoritetusta lääkärihaastattelusta. Haastateltavat etsittiin niin sanotulla lumipallo-otannalla. Taustakirjallisuutena on käytetty laajasti sekä painettua että verkkomateriaalia. Aiheeseen perehdyttäessä osallistuttiin myös vuoden 2013 Sisäilmastoseminaariin, jossa kuulluista esitelmistä kahta käytettiin lähteenä. Aineiston analysoimisessa hyödynnetään perinteistä sisällönanalyysia. Faktanäkökulmasta lääkäriasiantuntijoiden näkemyksiä tutkimalla sekä tieteellisen tiedon muodostamiseen vaikuttavien tekijöiden moninaisuutta erittelemällä pyritään valottamaan sisäilmakiistan sosiaalisia ulottuvuuksia.</p> <p>Lääkäreiden näkemykset jakautuvat kahtia suhtautumisessa sisäilmasta sairastuneiden diagnosoinnin haastavuuteen, oireilun aiheuttajiin ja terveysongelmien vakavuuteen. Ongelma näyttäytyy eri tavoin riippuen siitä, korostetaanko psykososiaalisten tekijöiden vaikutusta oireiluun ja toisten ihmisten alttiutta oireilla muita herkemmin, vai vakavaa ympäristösairautta, joka uhkaa laajemman ihmisjoukon terveyttä. Johtopäätös on, että tutkimusmenetelmien ja tieteellisen tiedon rajallisuus ei ole riittävä peruste kyseenalaistaa sisäilmasta sairastuneiden avuntarvetta. Tieto lisääntyy jatkuvasti, mutta ongelmat voivat kasvaa suuriksi ennen tiedon siirtymistä kliinisen lääketieteen hoitokäytäntöihin. Kyseessä on terveys- ja sosiaalipoliittinen ongelma, jonka taloudelliset kustannukset ovat suuret.</p>		
Avainsanat – Nyckelord – Keywords klininen lääketiede kosteusvauriot sisäilma terveyspolitiikka ympäristösairaus		

SISÄLLYS

1. Johdanto	5
2. Ympäristö, terveys ja sosiaaliset konstruktiot	8
3. Sisäilma ja ongelmien tunnistaminen	11
3.1 Kemiallisten altistusten määrittelystä	12
3.2 Sairastuminen ja sisäilmakiista	13
4. Lääketieteen sosiaaliset ulottuvuudet	18
4.1 Ympäristöterveys ja lääketiede	18
4.2 Näyttöön perustuva lääketiede	19
4.3 Hoitosuosituksot ja sosiaalitieteellinen näkökulma	21
5. Aineisto ja menetelmät	24
5.1 Haastatteluaaineisto ja tutkimuksen eettisyys	25
5.2 Analyysimenetelmät	27
6. Lääketieteen ja sisäilmaongelman kohtaaminen	29
6.1 Uusi ilmiö vastaanotolla	30
6.2 Diagnosoinnin haastavuus	33
6.3 Pohdinta	36
7. Oireilun lähde	42
7.1 Psykososiaaliset tekijät	43
7.2 Ympäristösairaus	45
7.3 Pohdinta	49

8. Sairastamisen vakavuus	53
8.1 Herkemmin oireileville ongelma	54
8.2 Kansanterveyttä uhkaava ongelma	55
8.3 Pohdinta	58
9. Johtopäätökset	65
LÄHTEET	70
Liitteet	78

1. Johdanto

Sisäilman ongelmien, kuten erityisesti kosteusvaurioiden, aiheuttamia terveyshaittoja on sanottu yhdeksi Suomen suurimmista ympäristöterveysongelmista (Pirinen 2010, 6).

Ilmiö koskee kotien lisäksi lukuisia julkisia rakennuksia. Opetusalan ammattijärjestön OAJ:n kyselytutkimuksen perusteella kahdessa kolmasosassa päiväkodeista ja kouluista on sisäilmaongelmia (OAJ 2012). Asiantuntija-arvioissa ongelmarakennusten määrä ylittää jo yli puolet kouluista ja päiväkodeista (TrVM 1/2013, 8).

Media uutisoi jatkuvasti ongelmarakennuksista: Muutamit koulut ovat menneet homelakkoon, sairaaloissa ja korkeakouluissa on tehty ulosmarsseja ja myös esimerkiksi varuskunnissa on runsaasti ongelmia. Altistuminen huonolle sisäilmalle alkaa siis usein jo lapsuudesta ja nuoruudesta.

Parin sukupolven aikana on muuttunut sekä rakennettu ympäristö että sisäilmalle altistumisen aika, kun ihmiset ovat siirtyneet viettämään lähes kaiken aikansa sisätiloissa (Aikivuori 2001, 7). Vaikka kotien lisäksi työpaikoilla altistutaan paljon sisäilmaongelmille, diagnostiikka ei toimi yksilötasolla, ja ammattitautipäätösten perusteluissa on parannettavaa (ks. esim. Haahtela ym. 2008, 9).

Ihmiset hakeutuvat lääkäriin fyysisten oireiden vaivatessa tai kroonistuessa, mutta astmaa ja muutamaa harvinaisempaa sairautta sairastavia lukuun ottamatta terveydenhuoltojärjestelmä ei useinkaan tunnista eikä tunnusta sisäilmasta sairastunutta. Lääkärit voidaan nähdä sosiaalipoliittisten tukijärjestelmien portinvartijoina, koska heillä on valta määritellä potilas joko sairaaksi tai terveeksi.

Tutkimusaiheeni käsittelee sisäilmaongelmista sairastumista lääketieteellisenä kiistakysymyksenä. Rakennetun ympäristön aiheuttamat terveysongelmat haastavat asiantuntijuuden ja koettelevat sen rajoja. Nykyaikainen näyttöön perustuva lääketiede etsii todisteita sairauksista ihmiskehosta, mutta tutkimusmenetelmät, oireet ja hoitokäytännöt eivät kohtaa siten, että terveysongelman hoitaminen olisi vakiintunut osa terveydenhoitoa. Ympäristöterveysasiat eivät ole painotettuina lääkäreiden koulutuksessa ja diagnosointi- ja sairausluokitusten puuttumisen vuoksi kokonaiskuva sisäilman

aiheuttamista terveysvaikutuksista voi olla piilossa muiden sairausluokitusten takana.

Tutkin sitä, miten lääketieteellinen asiantuntemus käsittelee sisäilmasta sairastumista ilmiönä, kun kyseessä on lääketieteellisesti luokittelematon ja moninainen tapa oireilla. Tarkastelen lääkäreiden näkemysroja siitä, kuinka vakavana terveysongelmana he pitävät sisäilmaongelmia. Alalla on runsaasti eripuraisuutta asiassa, mikä tulee esiin myös haastattelemieni lääkäreiden vastauksissa. Uusien sairauksien määrittelyprosessi on kiinnostava ilmiö, johon kätkeytyvät tiedon tuottamista ja vallankäyttöä koskevat kysymykset sekä taloudelliset intressit. Käynnissä on tieteellis-poliittinen asiantuntijakiista, ja toinen ratkaisematon sosiaalipoliittinen kysymys on oireilevat ihmiset ja heidän kohtalonsa.

Sisäilmaongelmien terveyshaitat ja taloudelliset kustannukset ovat herättäneet julkista huolta. Eduskunnan Tarkastusvaliokunta tilasi vuonna 2011 Työterveyslaitokselta raportin home- ja kosteusvauriutilanteen selvittämiseksi Suomessa. Sitä seurasivat lisäselvityskierros ja laaja asiantuntijoiden kuuleminen. Korjausvelkaa huonokuntoisista rakennuksista on arvioitu olevan 30-50 miljardia euroa (TrVM 1/2013, 11), joten kyse on myös kansantaloudellisesti merkittävästä ongelmasta.

Termillä sisäilmaongelma tarkoitan tässä pro gradu -työssä terveysongelmia aiheuttavia sisäilman, lähinnä kosteusvaurioiden, tuottamia epäpuhtauksia. Kiinnostuksen kohteenani ovat ”lääketieteellisesti selittämättömät oireet” (medically unexplained symptoms) ja niihin suhtautuminen. Vaikka yleisesti puhutaan hometaloista, sisäilmaa pilaavat myös lukuisat synteettiset kemikaalit, joita erittyy moderneista rakennusmateriaaleista, osin kosteusvaurioiden seurauksena. Kemikaalien yhteisvaikutuksia on tutkittu vähän. Sekä sisäilman koostumus että terveysongelmia saavien ihmisten oirekuva ovat vaihteleva ja monimutkainen sekoitus, jonka tutkimiseksi ei ole käytössä yhdenmukaisia menetelmiä.

Sisäilmaongelmien aiheuttamia oireita on kutsuttu muun muassa termeillä sairas rakennus-oireyhtymä (Sick Building Syndrome, SBS) ja monikemikaaliherkkyys (multiple chemical sensitivity, MCS). Oireyhtymät ovat monien muiden ympäristöön liitettyjen terveysongelmien tapaan ammatillisen hämmennyksen aihe lääkäreille. Jotkut lääkärit ja tutkijat pitävät esimerkiksi MCS:ää toksisen altistuksen seurauksena ja potentiaalisena

terveyskriisinä. Osa puolestaan pitää tällaisia tulkintoja – ja joskus kliiniseksi ekologiaksi kutsuttua lääketieteen suuntausta – ”roskatieteenä”. (Ks. esim. Phillips 2012, 1762.)

Sisäilman aiheuttamien terveyshaittojen tunnistamattomuutta selitetään tiedon vaillinaisuudella ja ilmiön monimutkaisuudella. Tieto ympäristön ja ihmisen vuorovaikutuksesta lisääntyy vähitellen ja muuttaa käsityksiämme sairauksista. Erityisesti uusimmat molekyylibiologian tutkimukset ovat tässä suhteessa lupaavia.

Tämä työ koostuu yhdeksästä luvusta, joista seuraavassa kerron ympäristön ja sosiaalitieteen suhteesta ja käyttämästäni konstruktivistisesta katsantotavasta ympäristön ja yhteiskunnan vuorovaikutuksen tutkimisessa. Kolmannessa luvussa esittelen rakennetun ympäristön aiheuttamien terveysongelmien havaitsemista ja sisäilmakiistaa. Käytän Michelle Murphyn historiallista analyysiä kemiallisten altistusten havaitsemisesta esimerkkinä siitä, miten ympäristölähtöisten terveysvaikutusten tunnistaminen kytkeytyy sosiaalisiin tekijöihin. Neljännessä luvussa käyn läpi ympäristöterveysajattelun kehitystä ja lääketieteen nykysuuntausta, sen arvoja ja käytäntöjä. Viides luku käsittelee aineiston keruuta ja tutkimusmenetelmiä. Luvut 6–9 ovat varsinaisia analyysilukuja, joissa tarkastelen lääkäreiden näkemyksiä koskien sisäilmasta sairastumisen diagnosoinnin haasteita, oireiden aiheuttajia ja niiden vakavuutta. Analyysiluvut sisältävät kukin oman pohdintaosionsa. Viimeisessä luvussa kokoan vielä yhteen johtopäätökseni.

2. Ympäristö, terveys ja sosiaaliset konstruktiot

Sosiologia on kiinnostunut yhteiskunnan ja sosiaalisen toiminnan rakenteiden vaikutuksesta yksilöiden arkeen. Sisäilmaongelmiin liittyy useita sosiologiaa perinteisesti kiinnostavia yhteiskunnallisia toiminnan muotoja, kuten koti, työ, terveys, kehitys, valta, raha ja byrokratia. Huonolaatuinen rakentaminen sekä rakennusten huoltamisen ja rakennusvalvonnan puute vaikuttavat kansalaisten arkeen kouriintuntuvalla tavalla. Terveystieteiden ongelmaan reagointi on puolestaan toisenlainen vaikuttaja, jolla on myös seurauksensa. Ympäristö ja yhteiskunta, fyysinen ja sosiaalinen maailma, kohtaavat sisäilmaongelmissa monimutkaisella ja konflikteja aiheuttavalla tavalla.

Sosiologia kehittyi länsimaaisessa ihmiskeskeisessä kulttuuritraditiossa, jossa ihminen nähdään erillisenä muusta luonnosta. Tieteellinen ja teknologinen kehitys vahvisti näkemystä, että luonto on ihmistä varten. Talouskasvu loi uskoa kehitykseen ja teollistuminen ja kaupungistuminen elinoloineen vahvisti entisestään käsitystä ihmisen riippumattomuudesta biofysikaalisesta ympäristöstä. (Dunlap ym. 2002, 331-332.) Rakennemuutos ja muuttuneet olosuhteet synnyttivät tarpeen saada tietoa vallitsevista elinoloista, ja tähän tarpeeseen vastaamaan sosiologia alunperin syntyi (vrt. Saaristo & Jokinen 2005, 11). Yhteiskunnallinen muutos vaikutti myös sairauksiin, sillä teollistumisen myötä sairaudet ovat muuttuneet yhä kroonisemmiksi (ks. esim. Tesh 1996, 7), mutta sisäilmaongelmien osuus terveysongelmissa on vielä vähän käsitelty tutkimusaihe yhteiskuntatieteissä. Tutkimusaiheena se limittynee sekä terveystieteiden että ympäristösosiologian aloihin.

Toisin kuin sosiologian syntyaikoina ajateltiin, ympäristösosiologia korostaa yhteiskunnan ja ympäristön välistä riippuvuutta, ympäristöongelmien yhteiskunnallista alkuperää sekä ratkaisujen sosiaalista ja kulttuurista luonnetta (vrt. Valkonen & Saaristo 2010, 9). Uusien ympäristöongelmien myötä luonto on tullut uudella tavalla yhteiskunnallisen piiriin (Valkonen 2010, 37.), tai kuten Niklas Luhmann on todennut: yhteiskunta on joutunut uudella tavalla ympäristössään aiheuttamiensa muutosten seurausten kohteeksi (Luhmann 2004, 35).

Ympäristöterveys määritellään yleensä siten, että se on ihmisen ja luonnon suojelemista terveyttä uhkaavilta tekijöiltä, kuten ilmassa, ruoassa ja vedessä olevilta saasteilta, säteilyltä sekä toksisilta kemikaaleilta, jätteiltä ja taudinaiheuttajilta (Kotchian 1997, 246). Tässä pro gradu -työssäni määrittelen ympäristön siten, että se tarkoittaa myös rakennettua ympäristöä ja sen aiheuttamia terveyshaittoja. Esimerkiksi

Ympäristösosiologia-kirjassa homeongelmat on mainittu yhtenä monista eri tavoista, joilla luonto on läsnä yhteiskunnassa. Kehollisena olentona ihminen on luonnosta riippuvainen mutta kykenee samalla vaikuttamaan elinympäristöönsä itselleen suotuisalla tai epäsuotuisalla tavalla. (Ks. Valkonen & Saaristo 2010, 11-12.)

Ympäristöongelmia voi luokitella objektivistisesti ja konstruktionistisesti. Itseäni kiinnostaa sisäilmaongelmien kohdalla konstruktionistinen näkökulma, joka huomioi sen, miten ympäristöongelmat määritellään, ketkä niitä määrittelevät, ja miten osa ongelmista jää määrittelemättä, havaitsematta ja nimeämättä. (Vrt. Ylönen & Litmanen 2010, 53.)

Ympäristöongelmien materiaalista ulottuvuutta eli elinolosuhteidemme muuttumista en sen sijaan typistäisi konstruktionistiseksi määrittelykysymykseksi, vaan pidän muutosta osana reaalityodellisuutta.

Terveys sosiologiaan todellisuuden sosiaalisesti tuotettua luonnetta korostava sosiaalinen konstruktionismi tuli jäädäkseen 1970-luvulla. Keskustelu medikalisaatiosta, vallasta ja lääketieteestä nosti tarkastelukohteeksi lääketieteellisen tiedon luonnetta ja lääketieteellisten tutkimuskohteiden määrittelyä koskevat poliittiset suhteet. Useat tutkijat muun muassa kriittisen lääketieteellisen antropologian koulukunnasta kyseenalaistivat 1980–90-luvulla käsityksen lääketieteen arvovapaudesta ja tutkimuskohteen luonnollisuudesta. Lääketieteen sairaudesta käyttämät käsitteet eivät ole sosiaalikonstruktionistisesta näkökulmasta yleispäteviä, vaan ne kuvaavat tiettyä yhteiskunnallista tapaa nähdä maailma. (Honkasalo 2000, 56-58.)

Terveys sosiologiassa on keskusteltu lääketieteellisen tiedon rajoittuneisuudesta ja pyritty laajentamaan sen aluetta. Esimerkiksi 1980-luvulla alkaneessa tautia ja sairautta koskevassa keskustelussa on pohdittu kapean lääketieteellisesti määritellyn taudin ja potilaan kokeman sairauden välistä eroa sekä tämän eron seurauksia. Keskustelunaihe jättää kuitenkin rauhaan lääketieteellisen tiedon sisäiset kysymykset, kuten luokittelua ja

sen sosiaalista ja poliittista rakentumista koskevat seikat. (Honkasalo 2000, 61.)

3. Sisäilma ja ongelmien tunnistaminen

Arkkitehti Panu Kaila on kuvannut teolliseen rakentamiseen siirtymistä rakentamisen historian suurimmaksi murrokseksi. Taloja rakennettiin vuosituhansien ajan käsin, ja timpurit tunsivat vielä muutamia vuosikymmeniä sitten olevansa vastuussa käyttämiensä materiaalien ja työn laadusta. Nykyään ”*Rakennusmateriaalit tuotetaan monimutkaisin teknologisin prosessein, rakennusosia kootaan tehtaissa, ja työmailla liikkuvat koneiden kuljettajat ja elementtien asentajat. Rakentaja kokee olevansa vain suuren koneiston pieni osanen, joka tekee annetun tehtävän voimatta sen syvemmin vaikuttaa laatuun tai ymmärtää materiaalivalintoja.*” (Kaila 1997, 1.)

Kosteus- ja homeongelmat johtuvat useimmiten rakentajien tekemistä virheistä tai puutteista rakennuksen huollossa ja käytössä (Viitanen ym. 2013). Rakentajien kuului normien mukaan rakentaa kunnolla, ja rakennuksen omistajan tai vuokralaisen tulisi puuttua ongelmiin ja korjata viat. Mikään lakipykälä tai ohjeistus ei kuitenkaan käytännössä takaa, että näin aina tapahtuisi (Koskentausta 2013). Esimerkiksi Opetusalan ammattijärjestön OAJ:n kyselyssä rehtoreiden ja johtajien mukaan työnantaja ei ollut lainkaan tai riittävästi ryhtynyt korjaustoimiin noin 40 %:ssa sisäilmaongelmaisia työpaikkoja (OAJ 2012).

Tunnistaminen on sisäilmaongelmien kohdalla vaikeaa, mutta toisaalta niiden rajautuminen rakennuksiin tekee niistä konkreettisemmän ja ilmiöön liittyvistä ristiriidoista sosiaalisen toiminnan tasolla näkyvämmän muihin ympäristömyrkkyyhin verrattuna. Ulkoilman saasteiden ja muiden ympäristömyrkköjen aiheuttamien terveysongelmien kohdalla keskustelu syy-seuraussuhteista ei mene yhtä henkilökohtaiselle, arjen tasolle, kuin sisäilman altisteiden aiheuttamien ongelmien kohdalla. Sisäilmassa myrkyt ovat rajatussa tilassa, jolloin heräävät kysymykset siitä, miksi ongelma on syntynyt ja mitä sille pitäisi tehdä, ei vain rakennuksessa, vaan myös sairastuneiden kohdalla terveydenhuollossa.

3.1 Kemiallisten altistusten määrittelystä

Termiä *sairas rakennus -oireyhtymä (SBS)* käytti ensimmäistä kertaa biofyysikko ruotsalaisessa julkaisussa, ja sana yleistyi pian käyttöön englanninkielisessä lääketieteen kirjallisuudessa ja mediassa molemmin puolin Atlanttia. Michelle Murphyn (2006) mukaan SBS tuli mahdolliseksi vain suhteellisen etuoikeutetuissa ja ylellisissä olosuhteissa. Suurempien vaarojen vähentyessä lievemmat terveysongelmat saivat tilaa. SBS toi esiin sen, että uusi ylellisyys olikin epätäydellistä ja jopa uhattuna kemiallisten uhkien tullessa esiin odottamattomissa yhteyksissä, kun sodan jälkeen keksittyjä mukavuutta ja edistystä ilmentäviä toimistorakennuksia syytettiin kemiallisen altistuksen lähteiksi. Nimi oli Murphyn mukaan alusta asti kiistanalainen, koska rakennusta oli vaikea käsittää sairaaksi. Altistukset olivat näkymättömiä ja oireet moninaisia. (Murphy 2006, 2-3, 83.)

Yhdysvaltalaiset insinöörit tutkivat 1920-luvulla optimaalista ilmanvaihtotekniikkaa, mutta heitä kiinnosti ainoastaan ilman lämpötila, kosteus ja ilmavirtaus. Ilman molekyylejä tai mikrobeja ei tutkittu. Tavoitteena oli universaalin sisäilmaston standardi, joka pätesi kaikkiin rakennuksiin kaikkialla. Murphy argumentoi, että koneiden tapaan toimivat modernit rakennukset tuottivat standardoidun mukavuuden, joka edellytti standardoitua kehoa, mutta jätti sisäilman kemialliset ominaisuudet mekaanisen kontrollin ulkopuolelle, mukavuuden kannalta epäoleellisen ja samalla havaitsemattoman alueelle. (Mt. 16, 20-21.)

Murphy korostaa käsitteitä ”havaittavuus” ja ”havaitsematon” analysoidessaan kemiallisten altistusten määrittelyprosessin kehityskulkuja. Kemiallisten altistusten rekisteröinti oli tiettyjen historiallisten käytäntöjen ja teknologioiden tulosta, mutta niin oli myös kyvyttömyys rekisteröidä niitä. Havaitsemattomuuden alueet olivat väistämätön seuraus siitä, miten maallikot ja tutkijat esittivät kemialliset altistukset mitattavissa, laskettavissa ja määritettävissä olevina juuri tietyillä tavoilla joidenkin toisten tapojen sijaan. Tiedon tuottamisen materiaaliset rajat ovat edelleen osa keskustelua kemiallisista altistumisista. Havaitsemattomuus ei ollut vain vahinko tai väistämättömyys, vaan ajoittain tarkoituksella tuotettua ja ylläpidettyä teollisuuden rahoittaman tieteen avulla, Murphy väittää. (Mt. 9-10.)

Sisäilmaa tutkivat jakautuivat 1900-luvun lopulla kahteen leiriin. Toinen puoli ajatteli, että sisäilman saasteita esiintyi sekä kroonisessa että epäspesifissä muodossa ja että syndrooma oli todellinen ilmiö, kun taas toiset päättelivät, että kyseessä täytyy olla ennemminkin sukupuolisidonnainen ja psyykkisperäinen harhaluulo. Toksikologia ja ”populaarinen epidemiologia” (popular epidemiology ks. luku 6.3) luonnehtivat rakennusten vaikutusta ihmiskehoihin keskenään ristiriitaisilla tavoilla. Kamppailuissa, joissa pyrittiin tekemään kemiallisista altistuksista havaittavia ei ollut Murphyn mukaan kyseessä ja tavoitteena vain tieteellinen kyky havaita molekyylejä, vaan myös se, kuka sai oikeutetusti havaita ne, ja kuka altistui oikeutetusti. (Mt. 83-84.)

Toksikologian kehitys mahdollisti tiettyjen työterveysongelmien, kuten lyijymyrkytyksen ja asbestoosin tekemisen näkyväksi, mutta samalla se jätti kapeaksi sen, mikä katsottiin kemialliseksi altistukseksi. Reaktiot kemikaalien yhdistelmiin tai kroonisiin matalatasoisiin altistuksiin ja harvinaiset tai vaihtelevat reaktiot jäivät toksikologian ja teollisen hygienian käytäntöjen ulkopuolelle. Kivipölykeuhko pystyttiin havaitsemaan röntgenillä ja lyijymyrkytys verikokeella, mutta monia muita sairauksia oli vaikeampi sovittaa mihinkään diagnostiseen testiin. Spesifisyyden puutetta voitiin siis hyödyntää vedotessa sairauden olemattomuuteen. (Mt. 91-92.)

3.2 Sairastuminen ja sisäilmakiista

Teollisuusmaiden ihmiset viettävät nykyään noin 90 % ajastaan sisätiloissa. Sisäilman epäpuhtaudet ovat peräisin rakennuksesta, ihmisistä ja heidän toiminnoistaan sekä ulkoilmasta. Kosteusvaurioiden kohdalla yleisyysarviot vaihtelevat määritelmästä riippuen 50–80 %:n välillä ja homeen kohdalla 5–20 %:n välillä Suomen rakennuskannassa. Täsmällistä tietoa on vaikea saada, koska rakenteita pitäisi avata arvion tekemiseksi. Käytettävissä olevan tiedon perusteella vähintään kolmannes väestöstä joutuu tekemisiin jonkinasteisesti kosteus- ja homevaurioituneen sisäympäristön kanssa. (Pekkanen & Nevalainen 2007, 20, 22, 38.)

Rakentaminen on muuttunut viime vuosikymmeninä muun muassa rakennusmateriaalien osalta, sillä lähinnä mekaanisesti käsitellyistä materiaaleista on siirrytty monikerroksisten ja kemiallisesti monimutkaisten ainesten käyttöön. Myös ilmanvaihtotekniikka ja

lämmitysjärjestelmät ovat muuttuneet sisäilman laadun kannalta merkittäväällä tavalla. Rakennusten on tarkoitus tarjota suojaa, mutta sen sijaan ne voivat olla käyttäjilleen myös terveysriski. (Aikivuori 2001, 7-8.)

Sisäilma sisältää monimutkaisen sekoituksen eläviä ja kuolleita mikro-organismeja, toksiineja, allergeeneja ja kemikaaleja. Mikrobeja on kaikkialla, ja ne kasvavat nopeasti kosteissa olosuhteissa pölyn ja lian tarjotessa riittävät ravintoaineet kasvuun. Home voi alkaa kasvaa kaikilla materiaaleilla, mutta toisilla materiaaleilla helpommin kuin toisilla. (WHO 2009, 9, 93-94.) Rakenteen, kuten lattian suuri kosteuspitoisuus voi lisätä myös kemikaaliemissioita muun muassa muovimaton pehmitinaineen hajotessa kosteuden vaikutuksesta. Materiaaliemissiot eivät ole vain uusien rakennusten ongelma, koska pidempiaikainen materiaalin vanhenemisprosessi ja vaurio, kuten kastuminen aiheuttaa kemikaalien haihtumista sisäilmaan. Rakennusmateriaalit, joista kemikaaleja haihtuu, ovat muun muassa sauma-aineet, eristeet, lastulevy, kipsilevy, liimat ja tasoitteet. Täsmällinen riskinarvio kemiallisten yhdisteiden terveysvaikutuksista ei ole mahdollista vähäisen tietämyksen takia. (Pekkanen & Nevalainen 2007, 38, 41; Aikivuori 2001, 12, 16-23.)

Altistuminen sisäilman epäpuhtauksille voi tapahtua ilman kanssa suorassa kosketuksessa olevien hengitysteiden, silmien ja ihon kautta (Mølhave, 1998; ref. Murtoniemi 2003, 18). Terveysvaikutukset eivät ole yksiselitteinen asia, koska herkistyminen tapahtuu pääosin muilla tavoin kuin allergiamekanismeilla, mutta näitä mekanismeja ei vielä tunneta. Mikrobitoksiineilla voi olla immunotoksisia, neurotoksisia, karsinogeenisiä ja ärsytysvaikutuksia. Tulehdus on yksi keskeinen mekanismi. (Pekkanen & Nevalainen 2007, 38.) Lisäksi ihmiset altistuvat samanaikaisesti joukolle erilaisia altisteita, ja eri mikrobien yhteisvaikutukset voivat olla yksittäisiä altisteita myrkyllisempiä pieninäkin annoksina, mikä tekee vaikutusten tutkimisesta vaikeaa (WHO 2009, 91). Haitallisten sisäilmatekijöiden vaikutus ihmiseen riippuu muun muassa ihmisen terveydentilasta, iästä, herkistymisestä, altistusajasta ja muusta kuormituksesta (Seppänen & Palonen 1998, 7-8).

Ainoa tähän mennessä tehty suomalainen homeongelmia koskeva yhteiskuntatieteellinen tutkimus toteutettiin Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksella Asumisterveysliiton aloitteesta vuonna 2002. Tutkimuksessa haastateltiin hometalossa

asuneita perheitä. Terveysongelmia saaneista perheistä noin 40 % oli joutunut asioimaan lääkärissä yli 10 kertaa ennen kuin home todettiin terveysongelmien aiheuttajaksi. Haastatelluista 17 %:n kohdalla aiheuttaja oli selvinnyt yhdellä lääkärikäynnillä. (Kajanne ym. 2002, 22.)

Tutkimuksessa mukana olleilla perheillä oli sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia terveydenhuoltohenkilöstön suhtautumisesta homeongelmaan. Kokemusten laatu riippui pitkälti hoitavan lääkärin persoonallisuudesta ja asenteesta. Tyytymättömyyttä herätti muun muassa se, että riittävän painavia tai sitovia lausuntoja terveysongelmien alkuperästä ei haluttu antaa. Saamaansa kohteluun tyytymättömistä monet arvelivat, että 1990-luvun lopulla käyty julkinen keskustelu aiheesta oli levittänyt epäilevää asennoitumista terveydenhuoltohenkilöstön keskuuteen. (Kajanne ym. 2002, 62-64.)

Stephen J. Genuisin (2007) mukaan kaikki potilastyötä tekevät lääkärit eivät ole täysin tietoisia homeisiin liittyvien terveysongelmien laajuudesta eikä heillä ole tarpeeksi välineitä tutkia ja hallita mahdollisia potilastapauksia homealtistukseen liittyen. Syynä on se, ettei ympäristöterveys ole ollut painotettuna lääkäreiden koulutuksessa. Seurauksena tapauksia diagnosoidaan väärin eikä hoideta tehokkaasti. Homeista on ollut tieteelle sekä hyötyä että haittaa, ja tieteenala on vielä lapsenkengissä. (Genuis 2007, 516-517.)

Sairas rakennus -oireyhtymää ei ollut olemassa ennen 1980-lukua. Toimistorakennuksista oli tullut 1970-lukuun mennessä energiansäästösyistä ilmatiiviitä. Käyttöön oli tullut uusia materiaaleja, kuten muoveja, liimoja, liuottimia, synteettisiä mattoja ja akustisia levyjä. Yhdysvalloissa pantiin merkille, että oirehtivilla työntekijöillä ei ollut yhdenmukaista sairautta, vaan erilaisia hengitystie-, ihottuma-, väsymys- ja vatsaoireita. Valitusten jatkuessa sairaista rakennuksista tuli yksi yleisimpiä ongelmia, joita työterveysviranomaiset tutkivat 1990-luvulla. Huippu USA:ssa saavutettiin vuonna 1993, jolloin 71 % pyynnöistä koski ei-teollisia rakennuksia. (Murphy 2006, 2-4, 83.)

Toinen sisäilmaongelmiin liitetty termi on monikemikaaliherkkyys (MCS), joka voi viitata myös muista kuin rakennuksen materiaaleista lähtöisin oleviin kemikaalialtistuksiin. MCS:n oireisiin lukeutuvat muun muassa krooninen väsymys, huimaus ja päänsäryt. Oireet voivat olla toimintakykyä heikentäviä, mutta epäiltyjä toksineja ei ole löydetty

kehoista. (Phillips 2012, 1762.) Oireyhtymä on kiistanalainen lääketieteellisessä yhteisössä. Toisten mielestä kyse on toksiinien aiheuttamasta vammasta kehossa, kun taas toisten mielestä sairaudessa on kyse psykososiaalisesta pelkotilasta kemikaaleja kohtaan. (Phillips 2010a, 1027.)

Epäsuoria todisteita on löydetty potilaiden elimistön kykenemättömyydestä sietää ympäristömyrkyjä liittyen ilmeisesti elimistön myrkynpoistojärjestelmän vaurioihin, mutta lisätutkimus on tarpeen patologisen herkkyyden ymmärtämiseksi. Tällä hetkellä ainoa toimiva hoitokeino on altistuksen välttäminen. (De Luca ym. 2011, 2786.)

Yhdysvaltojen väestöstä yli 12 %:n on arvioitu olevan kemikaaliherkkiä ja 4 %:n oireilevan päivittäin. Kanadalaisista 12-vuotta täyttäneistä 2,4 % on saanut MCS-diagnoosin. (Gibson & Lindberg 2011.) Suomessa ei ole tutkittu hometaloissa sairastuneiden tai kemikaaliherkkien määriä. Saksa ja Itävalta ovat muista maista poiketen tunnustaneet MCS:n fysiologiseksi sairaudeksi (mt. 1762). Verkkolähteiden perusteella myös Japani tunnusti MCS:n fysiologiseksi vuonna 2009 (CS Network Deutschland, No Fun -sivusto). Tanska antoi kesällä 2012 MCS-potilaille sopivien sairaalakontaktien edistämiseksi kuvailevan luokittelukoodin, joka sijoitettiin lääketieteellisesti selittämättömien oireiden alle (The Danish Research Center for Chemical Sensitivities -sivusto).

Useilta ympäristöön liitetyiltä monielimellisiltä vaivoilta tai oireyhtymiltä, kuten MCS:ltä, fibromyalgialta, krooniselta väsymysoireyhtymältä, sähköherkkyydeltä ja sairas rakennus-oireyhtymältä, puuttuu laajasti hyväksytty ja vakiintunut sairausdiagnoosi. Oireet ovat laaja-alaisia ja yksilölliset erot ovat suuria mahdollisesti myös geneettisten taipumuserojen takia. Oireyhtymillä on siten "lääketieteellisesti selittämättömien oireiden" leima. Parempi nimitys on "sensitivity-related illnesses" (SRI) eli terveysongelmat, jotka aiheutuvat erilaisista ympäristölähtöisistä ilman, ihon tai ruoan kautta saaduista fysikaaliskemikaalisista altisteista vaihdellen pienestä tulehdusreaktiosta hengenvaarallisiin monielimellisiin vammoihin. (De Luca ym. 2011, 2771.)

Kroonisesta väsymysoireyhtymästä ja monikemikaaliherkkyydestä kirjoittanut Joseph Dumit (2006) sanoo, että kiistanalaisuutta lisäävät eturistiriidat, kuten taloudelliset edut. Dumit kuvaa näitä sairauksiksi, joiden saamisesta [tunnustamisesta] pitää taistella. Yhdysvalloissa terveydenhuollon palveluihin pääsyä rajoittavat yhä enemmän byrokraattiset esteet, ja lääkärit joutuvat usein kuulemaan potilasta ennen työnantajan, terveydenhuolto-organisaation tai vakuutusyhtiön kantaa siihen, mikä korvataan. (Dumit 2006, 577-578.)

Australialainen sosiologi Tarryn Phillips (2010) on tutkinut ja vertaillut monikemikaaliherkkyyteen eri tavoin suhtautuvien lääkärin ja muiden terveydenhuoltoalan ammattilaisten kantoja. Sairauteen myötämielisesti suhtautuvat lääkärit korostivat potilaiden kärsimystä ja viittasivat toksikologisen ymmärryksen puutteeseen, kun taas toiset lääkärit korostivat tieteellisen todistusaineiston puuttumista. Lääkärit suhtautuvat kahtalaisesti sekä epävarmuuteen että lääketieteelliseen paradigmaan. (Phillips 2010a, 1029.) Poikkeaminen hyväksytystä katsantotavasta voi johtaa leimautumiseen ammattiyhteisön sisällä. Phillips toteaa, että lääketieteessä esiintyy syvää epäluottamusta sellaista kohtaan, joka on uutta, epävarmuutta herättävää ja eimittavissa olevaa. (Phillips 2010b, 195-196.)

Stacy Alaimo (2009) on kirjoittanut tarpeesta huomioida kehojen ja ympäristön vuorovaikutuksessa oleellinen materiaalisuus, sillä ympäristö ei ole jossain tuolla ulkona, vaan yhtä lähellä meitä kuin ihomme. Kehojen myrkyt pakottavat meidät ajattelemaan, että olemme jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Ympäristösairaus ilmentääkin mahdollisuuksia arvioida uudelleen kehojemme rajoja ja terveyden merkitystä. Samalla se venyttää terveyden rajoja perinteisen lääketieteen käsityksiä laajemmalle ihmiskehon ja materiaalisen ympäristön ollessa samojen rajojen sisällä. MCS:n ymmärtäminen edellyttää siksi uusia materiaalisen toimijuuden malleja sekä uusia epistemologisia, eettisiä ja poliittisia strategioita. (Alaimo 2009, 11-13.)

4. Lääketieteen sosiaaliset ulottuvuudet

Tässä luvussa esittelen lyhyesti ympäristöterveysajattelun kehitystä sekä nykyaikaisen näyttöön perustuvan lääketieteen tavoitteita, kuten tiettyjen tutkimusmenetelmien, standardien ja objektiivisuuden suosimista ja sen herättämää kritiikkiä. Erityisesti kiinnitän huomiota hoitosuosituksen merkitykseen. Sisäilmasta sairastuneiden kohdalla ei ole käytössä yhtenäisiä ja vakiintuneita hoitokäytäntöjä, mutta hoitosuosituksen suunnittelu ja käyttöönotto ei ole yksiselitteinen kysymys. Lopuksi tuon esiin sosiaalitieteellisiä tutkimusnäkökulmia näyttöön perustuvaan lääketieteeseen. Otsikon sosiaaliset ulottuvuudet -sanapari viittaa siihen, että sosiaalisen piiriin kuuluvat arvovalinnat, intressit ja tahattomat ja tahallisetkin ristiriidat vaikuttavat kaikkeen ihmisen toimintaan – myös tieteeseen ja näyttöön perustuvaan lääketieteeseen.

4.1 Ympäristöterveys ja lääketiede

Ympäristöterveyden edistäminen oli ensimmäisiä organisoidun terveydensuojelun toimintoja. Kotchianin mukaan ympäristöterveys ja kansanterveys ovat kuitenkin erkaantuneet toisistaan, jolloin hallinnollisten muutosten seurauksena ympäristötoimijat usein unohtavat toimivansa myös kansanterveyden edistämiseksi. Samalla painopiste on siirtynyt ennaltaehkäisystä hoitamisen edistämiseen. (Kotchian 1997, 246, 250.)

Suomessa vallinneista ympäristöterveydellisistä käsityksistä on materiaalia 1700-luvulta alkaen. Lähes kaikki asuivat silloin maaseudulla ja puun polttaminen ja savupirtit huononsivat ilmanlaatua. Lääkäreitä oli vähän vielä 1800-luvun alussa, joten ennaltaehkäisyyn panostettiin ja elinoloja pyrittiin muokkaamaan terveellisemmiksi. ”Voidaan kysyä, onko tämä ennaltaehkäisevä lähestymistapa unohdettu nykyajan lääketieteessä”. Monen lääkärin mielestä kansan sivistystason nostaminen oli avain köyhyyden ja kurjuuden poistamiseen, ja siten myös terveyden edistämiseen. 1800-luvun puolivälissä terveysvaaroja pyrittiin vähentämään siivouksella, lämmityksellä, erityisesti tuuletuksella ja takaamalla tarpeeksi ilmatilaa henkilöä kohti. (Vuorinen ym. 2007, 224-226.)

Kosteusvaurioiden aiheuttamat terveysongelmat nousivat 90-luvulla merkittäväksi kansanterveydelliseksi ongelmaksi Suomessa. Yhteensä terveyshaittoja koskevia yhteydenottoja tuli vuoden 1996 aikana lähes 88 000 kuntien terveydensuojeluviranomaisille. Vuosina 1998–2001 toteutettiin ympäristöterveyden tutkimusohjelma SYTTY. Ohjelman tavoitteena oli muun muassa tuottaa tietoa ympäristön ja terveyden välisten yhteyksien arvioimiseksi ja lisätä tietoa sisäilmaongelmista. (Vuorinen ym. 2007, 240.)

Ympäristölääketiede alkoi muotoutua omaksi kokonaisuudekseen vasta 1960–1970-luvulla. Ympäristöterveydenhuollon erikoislääkärikoulutus aloitettiin niin sanottuna suppeana erikoisalana Suomessa vuonna 1993. Lääketieteellisistä tiedekunnista vain Kuopiossa on osa-aikainen ympäristöterveydenhuollon professorin virka. Lääketieteen perustutkinto sisältää vain niukasti ympäristölääketieteen opetusta, mutta siihen liittyviä asioita käsitellään muun muassa mikrobiologian ja virologian opetuksessa. Päätoimisesti ympäristöterveydenhuollon tehtävissä työskentelee vain muutama lääkäri. (Mt. 223, 244.)

Tutkimushankkeet ja koulutuksen kehittäminen kertovat, että sisäilmaongelmiin on havahduttu, mutta ottaen huomioon ympäristöongelmien laajuuden ja huomion kohteena olemisen volyymin, vaikuttaa yhteiskuntajärjestelmien, kuten terveydenhuollon reagointi melko hitaalta. Toinen kysymys on painopisteen siirtyminen ennaltaehkäisystä hoitamiseen. Kenties kroonisten sairauksien voimakas lisääntyminen selittää osaltaan muutosta.

4.2 Näyttöön perustuva lääketiede

Näyttöön perustuvasta lääketieteestä (evidence-based medicine) ja satunnaistetusta kliinisestä tutkimuksesta on tullut uusia terveydenhoidon kultaisia normeja, joihin hyvien potilashoidon käytäntöjen katsotaan perustuvan. Näyttöön perustuvan lääketieteen (NPL) etuja ovat muun muassa standardisoinnin mahdollistamat tehokkaammat hoitokeinot, pätevämmät lääkärit ja tieteellinen pohja poliittisille päätöksille. Sitä on kritisoitu muun muassa lääkärin oman intuition ja kokemuksen huomiotta jättämisestä, koska yksilöllinen hoito voi kärsiä. (Timmermans & Berg 2003, 18-19, 27.)

Vastakkaisuuden korostaminen kliiniseen kokemukseen nähden on sittemmin hälvennyt, ja hyvän näytön hankkimista on alettu pitää kliinistä kokemusta täydentävänä (Timmermans & Mauck 2005, 18).

Louhialan ja Hemilän mukaan näyttöön perustuva lääketiede tarkoittaa monia asioita, kuten ympäröivästä kliinisen näytön ja systemaattisen tutkimuksen tärkeyden korostamista, mutta ei kuitenkaan uutta teoriaa tai paradigmaa. Siinä korostetaan satunnaistettuja tutkimusasetelmia muiden metodien kustannuksella sekä meta-analyysejä eli useiden tutkimusten tulosten yhdistämistä (Cochrane-tietokanta). Haasteeksi muodostuu muun muassa tutkimusten erilaisuus ja subjektiiviset valinnat. Louhiala ja Hemilä tuovat myös esiin tutkimuksen ja potilaan hoidon riippuvuuden arvoista. Myös numeroita laskettaessa eteen tulee helposti arvovalintoja. (Louhiala & Hemilä 2005, 1317-1319, 1322.) NPL ei siis ole täysin yksiselitteistä ja objektiivista, vaikka sen nimi viittaa todistusvoimaisuuteen.

NPL:een suosimien standardien syntykehitys ei noudata itsessään standardia, yhtenäistä polkua, vaan monet tekijät ja kehitystä eri suuntiin vetävät toimijat tekevät standardisoinnista rosoista ja ennakoimatonta. Prosessit eivät myöskään ole vain teknisiä ja neutraaleja, vaan niillä on poliittista, taloudellista ja potilaiden elämään ja ammatinharjoittajien asemaan vaikuttavaa merkitystä. (Timmermans & Berg 2003, 33-34.)

Oleellista NPL:ssä on, että todisteita etsitään potilaiden kehoista. Kliinisten kokeiden suosimisen seurauksena esimerkiksi eettisesti vähemmän ongelmallisia kohorttitutkimuksia pidetään huonompina ja tilastollisesti epäluotettavampina. (Mykhalovskiy & Weir 2004, 1066.) Satunnaistettujen kokeiden ihannointi sisältää myös vaaran, että suositaan niihin liitettyjä hoitoja, kuten metodisesti helposti tutkittavia lääkehoitoja. Lääketeollisuus myös rahoittaa runsaasti lääketutkimusta. Asian ongelmallisuutta kuvaa, että jos satunnaistettu tutkimusasetelma olisi ainoa luotettava pohja vahvoille päätelmille, katoaisi näyttö esimerkiksi tupakan ja alkoholin haitallisuudesta. (Louhiala & Hemilä 2005, 1319.) Tämä on mielestäni huomionarvoista sekä taloudellisten sidonnaisuuksien että sairauksien ennaltaehkäisyyn kannalta, koska se kertonee yleisemminkin tutkimusmenetelmien valinnan merkityksestä terveysongelmien

havainnoimisessa.

4.3 Hoitosuositukset ja sosiaalitieteellinen näkökulma

NPL viittaa terminä useaan asiaan, mutta usein sillä viitataan kliinisten hoitosuositusten käyttöön. Hoitosuositukset perustuvat asiantuntijajoukon läpikäymään tieteelliseen kirjallisuuteen parhaasta olemassaolevasta tiedosta, ja niiden tarkoitus on tarjota vahva tieteellinen pohja kliiniselle työlle eli taata yhtenäisyys, tehokkuus, vaikuttavuus, laatu ja turvallisuus lääketieteellisessä hoidossa. (Timmermans & Mauck 2005, 18-19.)

Kriittisesti NPL:een suhtautuvat näkevät ongelmallisena standardisoinnin ja sen, että hoitosuosituksia joudutaan käytännössä tekemään myös heikon tieteellisen todistusaineiston pohjalta. He näkevät lääkärin työn perinteisemmin, ”käsityönä” tai taiteena”, jossa yksilöllinen asiantuntemus johtaa parhaaseen hoitotulokseen. Standardit voivat heidän mukaansa toimia jarruna yksilöllisille innovaatioille ja terveelliselle kilpailulle. NPL uhkaa siten johtaa pysähtyneisyyden tilaan ja ”pliisuun” yhtenäisyyteen. (Timmermans & Mauck 2005, 21.)

Kahtalaista suhtautumista NPL:een voidaan tulkita asiantuntijuuden sosiologian avulla. NPL:n kannattajat näkevät hoitosuositukset ratkaisuna hoitokäytäntöjen epävarmuutta lisäävään kirjavuuteen. Standardit lisäävät uskottavuutta, koska erikoistunut tieto on asiantuntijuuden perusta. Kriitikot suhtautuvat puolestaan varauksella hoitosuositusten läpinäkyvyyteen. Asiantuntijat eivät toimi eristyksissä muista, vaan samassa systeemissä vastakkaisten voimien kanssa. Kriitikot pelkäävät kolmansien osapuolien käyttävän hoitosuosituksia asiantuntijoiden etujen vastaisesti. Pessimistisessä skenaariossa oikeudenkäynteihin liittyvät tai taloudelliset intressit voisivat vaikuttaa lääkäreiden käyttäytymiseen, rajoittaa hoitovaihtoehtoja ja lääkäreiden itsenäisyyttä sekä rapauttaa luottamusta lääketieteeseen. (Timmermans & Mauck 2005, 21.)

Sekä NPL:een kannattajat että vastustajat luottavat tieteen rationaalisuuden voimaan ja olettavat, että kun hoitosuositukset perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan näyttöön, asianmukaisesti toimivat lääkärit noudattavat automaattisesti hoitosuosituksia. Tämä oletus jättää huomiotta asiantuntijuuteen liittyvän itsenäisyyden ja harkintavallan.

Timmermans ja Mauck pitävät astmaa esimerkkinä siitä, että hoitosuosituksen olemassaolosta huolimatta hoitokäytännöt vaihtelevat luvattoman paljon. Ongelma ei koske vain astmaa, vaan eri tutkimusten mukaan lääkärit noudattavat hoitosuosituksia vain 50-67 %:sti. Hyviäkin kokemuksia toimivista hoitosuosituskäytännöistä toki on, kun johtajuus, resurssit ja sidosryhmien panos ovat kunnossa, mutta kokemusten mukaan hoitosuositukset ovat yksinään riittämätön keino saada aikaan muutos kliinisessä työssä. (Timmermans & Mauck 2005, 23-26.)

Kosteusvaurioiden terveyshaittojen tutkimiseksi on olemassa Majvik II-suositus, joka ei ole laajassa käytössä terveydenhuollossa. Kuvaavaa on, että vain yksi haastatelluista mainitsi sen. Tarkastusvaliokunta ehdottaa tuoreessa mietinnössään, että viimeksi vuonna 2006 päivitetty suositus päivitetään uudelleen (TrVM 1/2013, 27).

Nykylääketiede arvostaa siis vahvaa näyttöä sairauksista ja niiden hoitokeinojen toimivuudesta. Tavat, joilla vahva näyttö on hankittu eivät välttämättä ole arvoista ja intresseistä riippumattomia tai perustu yhtenäiseen standardiin. Ei myöskään ole taattua, että lääkärit ottavat hoitosuositukset käyttöön. Tämä on hyvä huomioida myös sisäilmasta sairastumisen hoitokäytäntöjä pohdittaessa.

Sosiaalitieteissä ei ole vielä huomioitu NPL:een merkitystä sen saavuttaman suosion laajuudessa eikä hyödynnetty sitä kattavasti tutkimuksenteossa. Sosiaalitieteilijät ovat tulkinneet NPL:een usein poliittisena ilmiönä poliittisen taloustieteen hengessä liittäen sen hyvinvointivaltion neoliberaaliin rakennemuutokseen. NPL on nähty muun muassa ideologisena resurssina lääketieteen auktoriteerin vahvistamisessa tai taloudellisten etujen ajamisena yksilön sosiaalisten ja ympäristöä koskevien riskitekijöiden kustannuksella. (Mykhalovskiy & Weir 2004, 1060-1061.)

Toisissa tarkasteluissa NPL on nähty sen sijaan valtiojohtoisen kontrollin välineenä, jossa lääkäreiden päätöksenteko on pyritty sitomaan taloudellisiin näkökohtiin tai pyrkimyksenä siirtää valtaa lääkäreiltä uudelle lääketieteelliselle hallintataholle sairaanhoitopalveluiden järjeistämisen ja yksityistämisen edistämiseksi. Näistä näkökulmista NPL:ttä lähestyttäessä on puutteensa, kuten rajalliset mahdollisuudet tutkia vallankäytön ja tiedontuottamiseen liittyvien diskurssien organisoinnin suhdetta.

Lisätutkimus on tarpeen NPL:lle tyypillisen spesifisyyden, diskursiivisen luonteen ja tiedon tuottamisen seurausten selvittämiseksi. (Mykhalovskiy & Weir 2004, 1061, 1065.)

5. Aineisto ja menetelmät

Koska sisäilmaongelmat ovat monialainen ja -tieteinen ilmiö, harkitsin haastattelevani eri alojen asiantuntijoita. Päädyin kuitenkin rajaamaan tarkasteluni terveydenhuoltoon, koska kyse on terveysongelmista, vaikka julkisessa keskustelussa korostuvat toisinaan rakennusten ongelmat. Lääketieteellinen asiantuntijuus ja rakennetun ympäristön aiheuttamat ongelmat käyvät kamppailua, jossa ympäristö on toistaiseksi johdossa, koska tiede ei ole saanut ”haaviinsa” kaikkia ympäristön vaikutuksia ihmiskehoon. Lääketieteen sisäisessä kiistassa sen sijaan ongelmaa vähemmän vakavana pitävät lienevät niskan päällä, koska todistustaakka on sairastumisen syy-yhteydestä varmojen harteilla. Lääketieteellisesti selittämättömistä oireista kärsivät ovatkin fyysisesti ”terveitä kunnes toisin todistetaan”. Yksi motiivi tutkimusaiheeni valintaan ovat ei- sairastamisen häilyvän statuksen laajemmat vaikutukset. Suhtautuminen terveysongelmaan on oletettavasti suorassa suhteessa ongelman ratkaisukeinojen suunnitteluun ja toteutukseen.

Tutkimusaiheen valinta on itsessään eettinen kysymys (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Valintaani ohjasi halu tehdä opinnäyte tärkeästä ja ajankohtaisesta aiheesta. Tiedostin aiheen haastavuuden kuten sen, että minulla ei tulisi olemaan käytössä oman tieteenalani tutkimusperinnettä suoraan aiheeseen liittyen. Ei ollut myöskään itsestään selvää, saisinko lääkäreitä rekrytoitua haastatteluihin. Päätin siitä huolimatta tarttua aiheeseen asiantuntijanäkökulman kautta, koska sisäilmaongelmat ovat valtavan huomion kohteena, mutta ratkaisua sairastuneiden määrän lisääntymiseen ja epäviralliseen sairausstatukseen ei ole käsillä. Aihe siis vaatii mielestäni myös yhteiskuntatieteellistä tutkimusta.

Lähestymistapani aiheeseen ja aineistoon on kvalitatiivinen, koska kiinnostuksen kohteenani ovat nimenomaan käsitykset ja se, mitä ne kertovat sisäilmaongelmien terveysvaikutuksista. Tutkin, mitä suhtautuminen ei-vakiintuneeseen sairastamiseen tarkoittaa käytännössä, mitä siitä voidaan päätellä. Kun kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistettävyyteen, ennustettavuuteen ja kausaaliselityksiin, niin kvalitatiivinen tavoittelee puolestaan kontekstuaalisuutta, tulkintaa ja toimijoiden ymmärtämistä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 22).

Kvalitatiivisen tutkimuksen on sanottu mahdollistavan syvällisen, mutta rajoitetusti yleistettävän tiedon keruun (Alasuutari 2011, 231). Aineistoni tuo esiin melko vähän tunnetun sisäilmaongelmailmiön piirteitä koskien muun muassa lääkärin vastaanotolla ja potilaiden elämässä tapahtuvia asioita. Oleellista ei ole niinkään eri piirteiden yleisyys, vaan löydösten kahtalaisuus ja asioiden moninaisuus. Haastattelut eivät kerro ainoastaan lääkäreiden omasta suhtautumisesta, vaan lääketieteen suhteesta ei-vakiintuneeseen tapaan sairastua. Ne valottavat myös ammattipiirien keskustelua ja lääketieteen käytäntöjä.

5.1 Haastatteluaineisto ja tutkimuksen eettisyys

Haastattelin gradua varten 12 lääkäriä lokakuun 2011 ja tammikuun 2012 välisenä aikana. Kaikki heistä ovat tekemisissä sisäilmaongelmien kanssa. Osa tapaa vastaanotollaan sisäilmasta oireilevia päivittäin tai viikoittain, loput silloin tällöin. Lääkäreistä kuusi on keuhkolääkäreitä, kolme työterveyslääkäreitä, yksi korvalääkäri ja kaksi infektiolääkäreitä. Kaikilla on pitkä ura takanaan.

Tutkimusmenetelmäni on yksilöhaastattelu, koska halusin haastatella lääkäreitä saadakseni kuulla heidän henkilökohtaisia näkemyksiään sisäilmaongelmista terveydellisenä ongelmana. Haastattelemisen hyviä puolia on se, että se on joustavaa ja tutkija voi valita tutkimuksen kannalta relevantteja haastateltavia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Haastattelu tutkimusmetodina sopii hyvin tilanteisiin, joissa halutaan liittää puhe laajempaan kontekstiin ja joissa tutkimusaihe on vähän tunnettu. Haastattelun huonoja puolia ovat muun muassa edellytys, että haastattelijalla olisi hyvä olla taitoa ja kokemusta ja se, että valmiiden mallien puute tekee analysoinnista, tulkinnasta ja raportoinnista ongelmallista. Haastattelut vievät myös aikaa ja aiheuttavat kustannuksia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35.) Haasteista huolimatta katsoin metodin parhaaksi vaihtoehdoksi tutkimusasetelmani kannalta.

Etsin haastateltavia niin sanotulla lumipallo-otannalla, jossa avainhenkilö antaa vinkin seuraavasta informantista, eli tutkija etenee vuoron perään informantista toiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 86). Aluksi lääkäreiden löytäminen oli haastavaa, mutta lopullinen määrä ylitti alkuperäiset odotukseni. Aihe on selvästi sellainen, että tiedon lisääminen

koetaan tärkeäksi. Lopetin haastateltavien rekrytoinnin siinä vaiheessa, kun aineistoa oli kertynyt sen verran, että lisähaastatteluiden tuoma lisätieto vaikutti epätodennäköiseltä. Saturaatio eli aineiston kylläntyminen viittaa ajatukseen, että tietty määrä aineistoa riittää kertomaan tutkimuksen kannalta oleellisen teoreettisen peruskuvion (mt. 87).

Tutkimuseettisesti hyvässä empiirisessä tutkimuksessa osallistujat ovat tietoisia tutkimuksen kestosta, metodeista, mahdollisista riskeistä ja tutkimuksen tarkoituksesta. (Denzin & Lincoln 2000, 138-139). Lähestyin lääkäreitä joko puhelimitse tai sähköpostitse, useimpia sähköpostitse. Kerroin heille edellä mainituista asioista hyväksyttyäni kirjeen ensin ohjaajallani. Kerroin haastateltaville muun muassa tekeväni haastattelut nimettöminä ja hävittäväni saneluaineistot analysoinnin jälkeen. Harmin aiheuttaminen haastateltaville on omassa tutkimusasetelmassani epätodennäköinen riski, kun edellä mainitut asiat on hoidettu oikein. Haastatteluun lupautuminen kertoo vapaaehtoisuudesta ja kiinnostuksesta antaa aikaa aiheesta informoimiseen. Toivon, että tutkijan kiinnostus tarjosi lääkäreille vastavuoroisesti tilaisuuden puhua aiheesta ja näkemyksistään vapaasti.

Menetelmäni oli puolistrukturoitu teemahaastattelu. Tämä tarkoittaa sitä, että haastateltaville esitetään samat kysymykset ilman valmiita vastausvaihtoehtoja. Teemahaastattelu edellyttää sitä, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen ja yhteiskuntatieteilijä on alustavasti selvittänyt oleellisia osia ja kokonaisuutta tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelu kohdennetaan tiettyihin keskusteluteemoihin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47.) Olin valmistellut haastattelua varten 15 avointa kysymystä koskien muun muassa oireilun diagnosointia, ilmiön yleistymistä ja sen vakavuutta (ks. liitettä 1 s. 78).

Nauhoitin haastattelut, jotka kestivät puolesta tunnista lähemmäs puoleentoista tuntiin. Keskimääräinen pituus oli noin puoli tuntia. Pidempi aika olisi voinut muodostua esteeksi haastateltavien löytämiselle, koska kyseessä on kiireinen ammattiryhmä. Haastattelin lääkäreitä pääosin heidän työpaikallaan: yhden haastattelun tein kahvilassa. Osa vastasi kysymyksiin melko lyhytsanaisesti ja välttelevästi, ja osa hyvinkin laveasti ja asioita avaavasti. Osa voi kenties kokea puhumisen vaikeammaksi, ja on varovainen puheissaan, koska nykykäsityksen mukaan tieteellinen todistusaineisto on vaillinaista ja aihe on kiistanalainen, mikä tuli esiin haastatteluissa.

Haastatteluissa syntyi vaikutelma, että osalle haastateltavista itse aihe ja sisäilmasta sairastuneet potilaat ovat sydämen asia ja he vaikuttivat olevan hyvin perillä potilaiden tilanteesta. Näillä lääkäreillä oli yksityisvastaanotolla luultavasti keskimääräistä enemmän aikaa potilaille. Osa harmittelikin lääkäreiden kiireellisyyttä paneutua sisäilmaongelmiin.

Litteroin haastattelut sanasta sanaan. Tallensin kunkin haastattelun omaan tiedostoonsa ja annoin jokaiselle tekstille oman koodin tunnistetiedoksi.

5.2 Analyysimenetelmät

Tulostin litteroidut haastattelut, levitin ne eteeni kahdessa osassa ja teemoittelin paperille, millaisia erilaisia näkökohtia vastauksissa tuodaan esiin. Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa perusmenetelmä, jota käytin haastatteluaineiston antia tutkiessani.

Kvantifioinnin sijaan pyrin kuvaamaan aineistoani sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 106.)

Kirjoitin muistiinpanoni puhtaaksi ja kokosin niistä ajatuskartan visualisoidakseni itselleni aineistosta esiin nousevia teemoja. Teemojen on katsottu olevan konstruktioita, joita tutkijat muodostavat läpi aineistonkeruun. Kirjallisuuden lisäksi tutkijan oma tietämys aiheesta ja aineisto itsessään tuottaa teemoja. (Denzin & Lincoln 2000, 780.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tyypillistä myös pelkistysten tekeminen eli informaation tiivistäminen ja pilkkominen osiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109).

Lähestyin haastatteluaineistoa faktanäkökulmasta, sillä en analysoinut puhetta kielellisesti, vaan olin kiinnostunut esitetyistä näkökannoista ja eksplisiittisistä asenteista. Faktanäkökulmalle on tyypillistä myös erilaisten tyyppien ja typologian muodostaminen aineistosta. (Alasuutari 2011, 90-94.) Tyypittelyssä tiivistetään tiettyä teemaa koskevat näkemykset yleistyksiksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Haastattelupuheiden käsittely näillä keinoilla auttoi hahmottamaan näkemysroja aineistossa.

Muistiinpanoja tehdessä aineistosta nousi esiin kysymyksiä, jotka kirjoitin muistiin siltä varalta, että niistä löytyy lisätietoa, tai voisin hyödyntää niitä myöhemmissä pohdinnoissa. Seuraavassa vaiheessa kävin uudestaan läpi koko haastatteluaineiston koodaamalla

tekstinkäsittelyohjelmassa lääkäreiden vastaukset tiettyjen teemojen, kuten ”diagnosointi” ja ”vakavuus” alle kopioimalla ja liittämällä niitä omiin luokkiinsa tunnistekoodien kanssa. Kävin läpi teemat ja päätin, mitkä teemat ovat oleellisia tutkimuskysymykseni kannalta, ja muuttuuko ajatuskarttaan luonnostelemani luokittelu. Tein myös taulukon kaikkien lääkäreiden vastauksista valitsemini ydinkysymyksiin hahmottaakseni sen, miten suhtautuminen näihin kysymyksiin jakautui.

Kirjoitin analyysiluvut koodaamieni teemojen avulla. Diagnosoinnin haastavuus, ilmiön uutuus, sairastamista selittävät tekijät ja oireiden vakavuus nousivat kiinnostavimmiksi teemoiksi aineiston kahtalaisuuden perusteella. Käytän lainauksia lääkäreiden puheista aineistoluvuissa apuna demonstroimassa lääkäreiden näkökulmaa aiheisiin.

Teoreettinen viitekehys analyysitavassani on konstruktivinen. Sosiaalisen konstruktionismin perinteessä todellisuuden ajatellaan välittyvän ja muotoutuvan sosiaalisissa prosesseissa yhteistyön tuloksena ja olevan tulkittua. (Saaristo & Jokinen 2005, 104.) Valtatekijät ovat konstruktioissa oleellisia, koska valtaa käyttävät voivat määritellä käsitteiden sisällöt ja niiden väliset rajat ja erityisesti sen, mitä pidetään kulloinkin esimerkiksi hyvänä tai hyväksyttävänä. (Hirsjärvi & Hurme 2008.) Tarkastelen konstruktivismin näkökulmasta sitä, miten sairastamiseen suhtaudutaan, en itse sairauksia, koska sairauksien etiologinen tausta ei kuulu asiantuntemukseeni.

Valitsemani aihe on vakava siinä mielessä, että kyse on ihmisten sairastumisesta olosuhteissa, joihin he eivät ole itse välttämättä voineet vaikuttaa. Myös kiistanalaisuus ja sosiaaliturvan puute tekevät aiheesta sensitiivisen. On siis otettava huomioon, että tämä on voinut vaikuttaa joidenkin lääkäreiden haluun kertoa kaikkea tietämäänsä. Toisaalta jokaisella tuntui olevan aiheeseen selvä kanta, jonka he halusivat tuoda julki. Vaikka tarkastelenkin sisäilmaongelmien määrittelyä konstruktionistisesti, olen silti kiinnostunut siitä, miten se määritellään todellisuudessa, en vain siitä, millaisia merkityksiä lääkärit antoivat ilmiölle haastattelutilanteessa. Pidän lääkäreiden puheita luotettavana kertomuksena siitä, miten ilmiöön ja sairastuneisiin suhtaudutaan, vaikka en voi tehdä laajempia yleistyksiä erilaisten suhtautumistapojen hajonnasta.

6. Lääketieteen ja sisäilmaongelman kohtaaminen

Sisäilmaongelman tunnistamisen ja sen selvittämisen haasteet kulkevat usealla eri tasolla. Eräs haastateltava kuvasi sisäilmaongelmia vyyhdiksi. Erittelen tässä luvussa tämän vyyhdin solmukohdista näkemyksiä, jotka liittyvät sisäilmaoireilun tunnistamiseen lääketieteellisen intervention taholta sekä sisäilmasta sairastumista koskevan lääketieteellisen tiedon lisääntymiseen.

Aloitan potilaiden oireilun alkulähteiltä eli sisäilmaoireilun käsittelystä työpaikoilla. Työpaikkojen arjen korostuminen selittyy haastattelemini lääkärien työnkuvalla, sillä useampi heistä tapaa työssään erityisesti työpaikoilla oireilevia. Esimerkit kuvaavat sitä, miten erilaiset tekijät vaikeuttavat ongelman ratkaisua ja sisäilmasta sairastuvien tilanteeseen puuttumista.

Ongelmakohteen ollessa työpaikka osa työnantajista ei haastattelemini lääkäreiden mukaan huomioi sisäilmaongelmia, ja terveydenhuolto on keinoton ratkaisemaan tilannetta, jolloin se jää työyhteisön sisäiseksi ongelmaksi. Suuren työnantajan kohdalla työyksikön vaihtaminen voi tulla kyseeseen, mikäli työnantaja suhtautuu siihen suopeasti. Asenteissa on runsaasti eroja eri työpaikoilla. Eräs lääkäri toi esiin sen, että työnantajalle lisähaastetta tuo se, että jos yksittäinen oireileva työntekijä vaihtaa työpistettä, myös muut saattavat haluta siirtoa, vaikka eivät olisi alunperin oireilleet.

Sisäilmaongelman selvittämisen hitaus työpaikoilla on ongelma oireilevien työntekijöiden kannalta, koska viivyttely aiheuttaa sen, että sairastelu etenee todennäköisesti alkutilannetta pahemmaksi. Työnantajan lisäksi avainasemassa ongelman ratkaisemisessa on kiinteistönomistaja, joka päättää mahdollisista rakennuksen korjauksista. Työnantajalle koituvat sisäilmaongelmien haitat, kuten työn tuottavuuden lasku tai ilmapiirin huonontuminen työpaikalla, ei ole ongelma kiinteistönomistajalle. Tämä vaikeuttaa sisäilmaongelman hoitamista, koska omistajan motivaatio korjata mahdollisesti monimutkainen ja kallis ongelma on pienempi, kuin niiden, joita ongelma koskettaa suoraan.

Työsuojeluvaltuutettu on yksi taho, jolle sisäilmaongelmista ilmoitetaan, mutta aina siitäkään ei ole hyötyä. Eräs lääkäri kertoi törmänneensä tapaukseen, jossa työsuojeluvaltuutettu oli esimiehen sihteeri eikä hän aikonut tehdä asialle mitään.

Avainhenkilöiden asenteisiin vaikuttavat siis myös sidonnaisuudet työpaikan sisällä. Tästä voi päätellä, että ongelmaan ei välttämättä tartuta, jos se ei motivoi avainhenkilöä hänen omista intresseistään käsin. Haastatteluissa peräänkuulutettiin ohjeistuksen tarvetta selvitysvastuullisille ja ”kepin” tarvetta korjaustoimenpiteille.

Sairauden toteamisen edellyttäminen työpaikalla nähtiin ongelmana, koska käytännön ratkaisukeinoja voi hyödyntää riippumatta siitä, löytyykö työntekijältä jokin tunnistettava sairaus:

...On järjetöntä vaatia, että todetaan jokin sairaus, jos se työntekijä voi huonosti siellä työpaikalla. Ja näinhän yleensä onkin. Kun me tutkitaan täällä ihminen, ei todeta mitään, mutta pyrimme laatimaan sellaisen lausunnon, että potilas oireilee näissä tehtävissä, ja suositellaan työpisteen vaihtoa. (H6)

Toinen lääkäri huomautti, että vaikka potilailla on diagnoosin tarve, se ei itsessään paranna ketään, vaikka voisikin olla keino työpaikalla tarvittavalle muutokselle. Kolmas lääkäri sanoi, että syy-seuraussuhteen epävarmuus ei ole este hoitamiselle.

Edellä sanotun perusteella syntyy vaikutelma, että työpaikalla oireilun ottaminen vakavasti voi olla käytännössä riippuvainen työterveydenhuollon suosituksista, vaikka kaikki lääkärit eivät välttämättä pidä oleellisena niinkään sairausdiagnoosia, vaan käytännön toimenpiteitä työntekijän työskentelyolosuhteissa. Oireilun hoitaminen tai parantuminen ja terveysongelman status ovat eri asioita ja mahdollisesti epäterveelliseen työpisteeseen jääminen tuskin edistää työntekijän terveydentilan kohentumista.

6.1 Uusi ilmiö vastaanotolla

Tässä luvussa käsittelen tarkemmin diagnosoinnin problematiikkaa ja sisäilmasta sairastuneiden määrän yleistymistä koskevia näkemyksiä. Suhtautuminen näihin kysymyksiin ei ollut yksimielistä eikä sisäilmasta sairastuneiden potilaiden hoitamiselle

vaikuta olevan selkeää toimintamallia.

Suurin osa haastatelluista kertoi sisäilmaoireilun yleistyneen heidän uransa aikana, eikä muutamia kymmeniä vuosia sitten valmistuneiden opiskeluaikana aiheesta vielä puhuttu lainkaan. Sisäilmaproblematiikan kerrottiin nousseen esiin 1980-luvulla. Se koski ensin lähinnä homepölykeuhkosta kärsiviä maanviljelijöitä, sillä heinäseipäistä tiiviimpiin heinäpaaleihin siirtyminen lisäsi viljelijöiden altistumista homepölylle. Uuden ilmiön myötä on syntynyt myös uusia termejä koskien työelämää:

Nythän ei puhuta kosteusvauriorakennuksissa paljonkaan työkyvyttömistä, vaan työpaikkakyvyttömistä. Et ei sellaista käsitettä oo ollut olemassa ennen kuin tää kohu tuli. Et ei oo ajateltukaan, et pitäis miettiä semmosta, mikä sana kuvastaa sitä tilannetta, mut nyt onkin olemassa yhtäkkiä tämmönen tilanne, että ihminen on työkykyinen mutta työpaikkakyvytön. (H8)

Lääkärit selittivät ilmiön yleistymistä sekä huonolaatuisella rakentamisella että tietoisuuden lisääntymisellä. Toisin kuin ennen, nykyään oireiden ja sisäilman välistä yhteyttä osataan epäillä. Yksi haastateltava muisteli aikaa, jolloin väitettiin, etteivät allergiat ole lisääntymässä. Ei mennyt kuitenkaan monta vuotta, kun niiden osoitettiin kiistattomasti lisääntyneen, hän huomautti.

Osassa vastauksia sisäilmasta sairastuneiden määrän lisääntyminen liitettiin julkiseen homekeskusteluun ja siihen, että osa potilaista yrittää etsiä sisäilmasta selitysmallia oireilleen. Nämä lääkärit eivät ajatelleet, että kyseessä on yleistynyt ilmiö, vaan heidän mukaansa keskustelu aiheesta nousee ajoittain enemmän ja antaa vaikutelman ongelman lisääntymisestä. Median sanottiin värittäneen ilmiötä todellista ”rankemmaksi”. Alalle syntynyt taloudellinen toiminta myös ylläpitää ilmiön saamaa huomioarvoa.

Muutama lääkäri koki puolestaan, että aiheesta on puhuttu jo vuosikymmeniä eikä muutosta parempaan ole tapahtunut. Heille ongelma oli todellinen sekä rakennusten että potilaiden osalta. Yksi haastateltava arveli, että sukupolvenvaihdos on vaikuttanut lääkäreiden yleiseen suhtautumiseen, sillä 1980-luvulla keuhkolääkärit osasivat homediagnostiikan, hoidon ja tutkimuksen nykypäivää paremmin. Homeen aiheuttamat

ammattiaistmat esimerkiksi sahoilla tai kasvihuoneissa olivat täysin rutiinidiagnostiikkaa 80-luvun alussa, hän kertoi. Siinä suhteessa todettiin muutosta tapahtuneen, että nykyään potilaita ei enää yhtä avoimesti leimata ” päästään vialliseksi”. Toinen arvioitu parannus oli, että rakennuksia tutkitaan ja korjataan mahdollisesti aiempaa herkemmin.

Lääkärit olivat erimielisiä myös sen suhteen, kuinka hyvin lääkärit tuntevat sisäilmaongelman ilmiönä. Osa oli sitä mieltä, että lääkärit eivät tunne sitä tarpeeksi, että sen tuntevat lähinnä työterveyslääkärit. Toiset huomauttivat, että ilmiön tunteminen riippuu lääkärin koulutusalaista tai yksittäisen lääkärin kiireestä, orientaatiota ja asenteesta. Osa puolestaan korosti sitä, että lääkäreitä ei voida kouluttaa niin kauan, kun tietoa ei ole. Yksi haastateltava huomautti, että ala ei ole lääkäreille tutkimusaiheena houkutteleva sen epämääräisyyden ja potilaiden taholta tulevien valtavien odotusten vuoksi.

Eräs haastateltava korosti, että tällä hetkellä vallitseva näyttöön perustuva lääketiede ei selitä lääketieteen ilmiöitä kuin tiettyyn rajaan asti lopun ollessa tuntematonta. Tiede ei esimerkiksi osaa selittää, miksi iso osa sisäilmasta sairastuneiden ihmisten elimistöistä on kehittänyt puolustusmekanismin, johon kuuluu herkistynyt homeenhaistamiskyky. Hän painotti lääketieteellisten faktojen sidonnaisuutta vallitsevaan aikakauteen nähden:

Semmelweis havaitsi, että pesemällä käsiä lapsikuolleisuus putosi jyrkästi, ja kätilöt pesi, ja lääkärit ei pessy 1850 synnytyssairaalassa Itävallassa. Sitä äijää pidettiin hulluna ja se pantiin loppuelämäkseen hullujenhuoneeseen. Nythän se sais Nobelin. Siit on 150 vuotta. Sillon ku mä aloitin lääkärinuran, mahahaavaa pidettiin psykiatrisena tautina, ja aina ku oli mahahaava, niin sit lähetettiin psykiatrille. Nyt tiedetään, että se on Helicobakteerin aiheuttama bakteeri-infektio, ja sitä hoidetaan antibiooteilla, ja tästä on 40 vuotta vajaa. (H1)

Lääkäri piti melko varmana, että myös kosteusvauriosairauksien kohdalla tullaan tulevaisuudessa naureskelemaan nykypäivän tietotasolle. Toinenkin lääkäri otti esiin sen, että lääketieteen historiassa psyykkisinä ongelmina on pidetty niitä, joihin ei ole tiedetty muuta ratkaisua. Potilaat ovat hänen mukaansa sen takia ”vähän tuuliajolla”, kunnes ilmiölle löytyy ratkaisu, ja sen historia unohtuu.

Ongelmallisena haastatteluissa pidettiin myös epävarman tutkimustiedon julkituomista ja sen seurauksia potilaiden suhtautumisessa. Huolta aiheutti esimerkiksi se, että toksiinitutkimus on tuotu viime aikoina niin näyttävästi julkisuuteen, että ihmiset säikähtävät ennen kuin asia on varmistettu. Yksi lääkäri kuvasi tätä jopa edesvastuuttomaksi toiminnaksi, joka viranomaisten pitäisi kieltää.

Toinen haastateltava huomautti, että tulee tutkimusten kehittyessä lopputulokseksi mikä tahansa, niin aina säilyy ristiriita suhteessa menneeseen. Jos päädytään esimerkiksi siihen, että sisäilmaongelmat johtuvat homemyrkyistä, niin silloin pitäisi katsoa peiliin suhteessa aiempaan diagnoosiin. Hän viittasi myös akateemiseen sidonnaisuuteen, eli jos joku sisäilmatutkijana korkeaan asemaan päässyt havaitsisi myöhemmin olleensa väärässä, niin siitä ei mainittaisi, jotta hänen pätevyytensä professorina ja artikkeleiden tuottajana ei kyseenalaistuisi. Sisäilmaongelmiin liittyvät myös oikeusjutut, joiden käsittely vie vuosia ja on kallista. Tämän takia lausunnon antanut asiantuntija ei seuraavassa oikeudenkäynnissä enää peru aiempia puheitaan, vaikka tietäisi, että home ei olisi voinut aiheuttaa sairautta, lääkäri arveli.

Muutama lääkäri toi esiin sen, että aihe herättää lääkärikunnassa erityisen paljon tunteita ja jopa fanaattisia mielipiteitä. Edes tupakasta ja alkoholista keskusteleminen ei saa aikaan vastaavaa ilmiötä. Voimakkaat mielipiteet, tunteenomaisuus ja ennakkoluulot leimaavat ajoittain keskustelua. Aihe on siis kiistelty ja sensitiivinen muillekin kuin itse sairastuneille, mikä ei helpottane ongelmanratkaisua.

6.2 Diagnosoinnin haastavuus

Haastatteluaineiston perusteella sisäilmaongelmien yhteys potilaiden sairasteluun vaikuttaa olevan vaikeasti todettava asia. Osa lääkäreistä piti yhteyden toteamista helppona, mutta tarkkoja diagnostisia kriteereitä ei ole saatu kehitettyä. Osa kuitenkin piti syy-yhteyteen liittyvää tieteellistä epävarmuutta ongelmallisempina asiana kuin toiset. Näkemyksiin vaikuttavat varmasti jo lääkäreiden erilaiset erikoistumisalat ja työtehtävän määräämä näkökulmaero: osa etsii yksityisvastaanotolla selvyyttä potilaan raporttoimiin oireisiin, toiset tutkivat allergiaosastolla potilaista mahdollista allergisuutta ja etenkin hengitysteiden oireita, kun taas osa pohtii tarkempaa todistelua vaativan ammattitaudin

mahdollisuutta.

Mekanismien osalta muutama lääkäri oli vakuuttunut siitä, että sisäilma sairastuttaa ihmisiä useilla eri mekanismeilla, kuten allergialla, infektioilla, jonkinlaisella immuunijärjestelmän aktivaatiolla tai toksisin mekanismein. Sisäilman lisäksi osa lääkäreistä korosti muidenkin tekijöiden vaikuttavan oirehtimiseen, kuten työpaikan ilmapii-iongelmiin tai jopa työpaikan pelkäämisen.

Hyvän tutkimusmenetelmän puuttuessa potilaiden tilanteiden selvittelyä kuvailtiin ”säveltämiseksi”, jossa sattuman osuus ja epävarmuus vaikuttavat lopputulokseen. Sen lisäksi, että mitään yksiselitteistä tutkimusmenetelmää ei ole olemassa, diagnosointia hankalana pitävien mielestä ilmiön tekee haasteelliseksi muun muassa oirekuvan laajuus, näytteiden mittaamisen kannalta hyvän laboratorion löytymisen edellytys, homesienten mahdollinen lepotila mittaushetkellä ja keuhko- ja puhalluskokeen tuloksen huono yhteensopivuus oireiden kanssa.

Ongelmana pidettiin toisin sanoen tieteellisen todistusaineiston puuttumista, kuten epätietoisuutta siitä, mikä tekijä aiheuttaa oireet: homeitiöt, bakteerit, toksiinit, mikrobien tuottamat haihtuvat orgaaniset yhdisteet vai kastuneista rakennusmateriaaleista ilmaan pääsevät yhdisteet. Osa yhdisteistä haisee ja osa ei, ja ihmiset reagoivat eri asioille. Sisäilman mittauksessa ei ole myöskään riittävää yhteneväisyyttä eivätkä raja-arvot ole tarkkoja. Lääkärit kaipaavat eksaktia mittaustekniikkaa.

Monet lääkärit kaipasivat kausaalista todistusta sisäilman ja oireilun välisestä yhteydestä. Tiedon puutteellisuutta korostaneista yksi piti erityisen ongelmallisena sitä, että ei ole tarpeeksi tutkimustietoa siitä, mikä sairastuneiden kehoissa on sellaista, joka eroaa terveiden kehoista. Pelkät rakennennäytteet ja laboratoriotestien viitteet rakennuksen myrkyllisyydestä eivät vielä helpota lääkäriä diagnoosin teossa, jos hän ei löydä potilaasta itsestään mitään näyttöä siitä, mikä hänen oireensa aiheuttaa.

No se mitä potilaat kuvaa niin nehän on ihan tavallisia oireita mitä voi liittyä hyvin moneen muuhunkin tilanteeseen. Lämpöilyä tai lämpöilyn tunnetta, erilaisia limakalvotuntemuksia ja yskää, äänenkähelyä, silmien kutinaa, kirvelyä, erilaisia iho-

oireita, väsymystä, joskus nivelvaivoja, päänsärkyä, sit potilaat saattaa kuvata erilaista niin kun jopa neurologista vaivaa, mutta kuten sanottu, jos ajattelee mitä meille opetetaan lääkärikoulussa niin oireet on usein runsaammat, kuin mitä me voidaan havaita sitten potilaassa mitään löydöksiä. (H5)

Kaikki lääkärit eivät pitäneet diagnosointia ongelmana. Osa heistä korosti, että normaaleilla tutkimusmenetelmillä päästään jo pitkälle, ja jos mitään poikkeavaa ei ilmene, herää epäily, että kyseessä on herkkä ihminen, joka vain luulee, että sisäilma aiheuttaa hänen oireensa.

Toiset lääkärit korostivat puolestaan diagnosoinnissa joko oireiden tyypillisyyttä, kokemuksen tuomaa harjaantumista oireiden tunnistamisessa, tai potilaan tarinan loogisuutta. Heille potilaan oman epäilyn merkitys korostui, kuten myös ajallinen yhteys oireisiin. Yksi kertoi joskus jopa haistavansa ongelman potilaan vaatteista tai hänen tuomistaan papereista. Hän korosti tapauskohtaisuutta, sillä monet tekijät iästä, perimästä ja elintavoista lähtien vaikuttavat siihen, kuka sairastuu. Hänen mukaansa hyvin suuri merkitys on altistumisajan osuudella potilaan eliniästä.

Yksi haastateltavista kaipasi ilmiölle omaa diagnoosinumeroa tautiluokitusluetteloon sen vuoksi, että nyt kokonaiskuva ongelman laajuudesta on piilossa muiden diagnoosien takana. Pari lääkäriä piti mahdollisena, että tulevaisuudessa diagnoosinumeron edellytyksenä tulee olemaan tietyt kriteerit, kuten esimerkiksi tietty määrä vuosia huonossa rakennuksessa, ja tyypillinen taudinkuva. Muutama lääkäri korosti puolestaan sitä, että kyse on useista sairauksista, joten yksi diagnoosinumbero ei tule kyseeseen.

Tauti- tai oirediagnoosin ohkeen voi nykyäänkin lisätä z-diagnoosin, joka kertoo, missä altistusympäristössä potilas on ollut, kertoi eräs haastateltava. Tällöin ei vielä oteta kantaa syy-yhteyteen, jota tarvitaan lähinnä työpaikallaan sairastuneiden kohdalla, eli ammattitautidiagnostiikassa. Z-diagnoosia käytetään hänen mukaansa kuitenkin hyvin vähän.

Diagnoosilla on oleellista merkitystä potilaalle, koska se vaikuttaa sairastuneen sosiaaliturvaan. Haastatteluissa tuli esiin, että Kela kohtelee sisäilmasta sairastuneita

epätasa-arvoisesti, sillä esimerkiksi tuntemattomasta syystä tullut kuume korvataan töistä kotiin jääneelle, mutta jos Kelalle ilmoitetaan, että kuume johtuu työpaikasta, niin silloin sairaana pidetään työympäristöä eikä henkilöä, jolloin vastuu siirtyy Kelalta työnantajalle. Potilas usein kärsii tästä päätöksestä taloudellisesti, yksi lääkäreistä harmitteli. Toinen toi esiin sen, että ammattitautitutkimuspuolella ongelmana on vakuutusyhtiöiden korvauskäytäntö, joka vaikuttaa diagnostiikkaan, sillä korvauksia ei työpaikallaan sairastuneelle anneta ilman tiettyjen diagnostisten kriteereiden toteutumista. Kolmas lääkäri valitteli, että hänen lausuntonsa hylätään vakuutusyhtiössä rahan säästämiseksi.

Haastatteluissa tuli esiin epätietoisuus oireilun selittävistä mekanismeista sekä se, että sairastumisen syy ei välttämättä löydy potilaan kehosta, mikä lisää epävarmuutta aiheuttajasta. Epävarmuudesta huolimatta päätelmiä tehdään, ja käytännössä osa lääkäreistä toimii luottaen tuttuihin tutkimusmenetelmiin ja sairausluokitteluihin, kun taas osa kuuntelee enemmän potilaan kertomusta tilanteesta luottaen hänen näkemykseensä tilanteesta.

Toiset lääkärit näkivät tiedon jonakin vielä löytämättä jääneenä varmuutena, kun taas toiset toivat esiin sen, että tiede voi erehtyä. Toisin sanoen osa luotti enemmän tieteen tarjoamaan tietoon ja osa potilaan kertomukseen.

6.3 Pohdinta

Länsimainen lääketiede perustuu rationaalisuuteen, eli kaikki hypoteesit ja oireet on testattava ja todennettava kontrolloiduilla kokeilla ennen taudiksi nimeämistä. Kaikilla sairauksilla ajatellaan olevan biologinen ja mitattavissa oleva aiheuttaja, joten potilaan kokemat oireet eivät ole lääketieteelle todellisia, jos biologisia muutoksia ei tutkimuksella löydetä. (Lillrank & Seppälä 2000, 106.)

Sairauksikäsitys, johon ei sisälly potilaan kokemusta sairaudesta on modernin biolääketieteen kehityksen tulosta. Keho nähdään objektina ja potilas voi joko edistää tai vaikeuttaa sairauden hoitamista. Lääketieteellisessä koulutuksessa korostetaan teknisiä taitoja diagnosoinnissa ja hoitamisessa. Potilas sen sijaan saattaa kokea olevansa kipeä, ilman että häneltä löytyy kliinisesti todennettavissa olevaa poikkeamaa. (Freund &

McGuire 1991, 241-242.)

Osalle haastattelemistani lääkäreistä sisäilmasta sairastuneiden ilmaantuminen vastaanotoille merkitsi aitoa muutosta, kun taas toiset pitivät sitä ennemminkin luotuna, mediahuomion ruokkimana ilmiönä. Myös monikemikaaliherkkyys on ilmiö, johon osa lääkäreistä suhtautuu median lietsomana kulttia muistuttavana uskomuksena. Tarryn Phillipsin tutkimuksessa MCS:ään skeptisesti suhtautuvat lääkärit eivät pidä MCS:ää ongelmana, johon lääketiede ei ole vielä löytänyt ratkaisua, vaan ennemminkin palapelinä, johon on sovitettavissa joku palanen olemassa olevasta tiedosta. (Phillips 2010a, 1031-1032.)

Haastatteluaineistoni näkemyserojen tapaan Phillipsin tutkimuksessa MCS:n puoltajat eivät ole yhtä innokkaita tarjoamaan teorioita ilmiön selitykseksi, vaan myöntävät, että tietoa puuttuu ja että heidän tieteenalansa on vajavainen tässä suhteessa. Suhtautuminen todisteisiin eroaa siten, että puoltajien mielestä potilas itsessään on riittävä todiste oireineen ja selostuksineen kokemastaan skeptikkojen vaatiessa objektiivista fysiologista todistusaineistoa. (Mt. 1032-1033.)

Sairauksien tunnistamisesta, luokittelusta ja merkityksenannosta kirjoittaneen Robert A. Aronowitzin (1998) mukaan potilaat ja lääkärit vaikuttavat liikkuvan neuvotteluissaan kahden erilaisen sairausnäkemysten välillä, sillä he puhuvat joko spesifeistä taudeista (disease) tai yksilöllisestä sairastamisesta (illness). Aronowitz käyttää termiä sairauden sosiaalinen konstruktio, jolla viitataan sosiaalisten ja biologisten oivallusten vuorovaikutukseen sairauksien ilmitulossa, määrittelyssä ja merkitysten muuttumisessa. Toisin kuin joskus epähistoriallisesti oletetaan, taudit eivät ole yksinkertaisia, vakaita ja muuttumattomia biologisia prosesseja. (Aronowitz 1998, 8, 10-12.)

Lääkärit ovat toki saamiensa ohjeiden varassa eivätkä voi ominpäin luoda uutta luokitusta vakiintumattomalle sairastamisen muodolle. Sairausluokitukset perustuvat kansainväliseen tautiluokitusjärjestelmään, jota moderni valtio ja byrokratia hyödyntävät viestinnän ja kontrollin tarpeisiin. Tieteenhistoriallisesta näkökulmasta on kuitenkin selvää, että yksikään luokitusjärjestelmä ei ole universaali ja luonnollinen. (Bowker & Star, 131-132.) Käytännössä ICD on sarja kompromisseja kirjavan toimijajoukon

keskuudessa, ja sillä on merkitystä monille intressitahoille, kuten vakuutusyhtiöille sekä esimerkiksi kemian ja lääketeollisuuden yrityksille (mt. 146-147).

Aronowitzin mukaan ei ole tarpeeksi kyseenalaistettu sitä näkemystä, että sairauksilla olisi olemassa biologinen ydin, joka on se todellinen sairaus, ja jota uskomukset ja asenteet usein hämärtävät. Hänen mielestään sairauksiin liittyvien asenteiden, arvojen ja uskomusten siivoamisen sijaan meidän tulisi sanoa ne julki ja päättää, mitä niistä suosimme. (Aronowitz 1998, 171.)

Myös Phillipsin mukaan henkilökohtaiset arvojärjestelmät vaikuttavat siihen, miten lääkärit toimivat uusien sairauksien suhteen. Osa saattaa painottaa potilaiden oikeuksia, kun taas toiset tuntevat sosiaalista velvollisuudentunnetta niitä kohtaan, joiden vastuulla aiheutetun vamman korvaaminen on, oli se sitten valtio tai työnantaja. Lääkäreillä on siis hyvin erilaisia tulokulmia ongelmaan harjoittaessaan ammattirooliaan. Vaikka roolit eivät ole lukkoon lyötyjä, toisilla on perinteisempi käsitys lääkäristä parantajana, kun taas sairastumiseen skeptisesti suhtautuvat pitävät vastuualueenaan kompensaation portinvartijan roolia. Portinvartijan rooli liittyy lääkäreihin kohdistuviin poliittis-taloudellisiin paineisiin liittyen sen varmistamiseen, että terveydenhoidon resurssit kohdennetaan oikeudenmukaisesti ja kustannustehokkaasti. (Phillips 2010a, 1030.) Ajatus lääkäreistä joko parantajina tai talouspoliittisina portinvartijoina on pohdinnan arvoinen, mutta harva lääkäri tuskin myöntää olevansa muiden kuin potilaiden etua ajamassa. Suhtautumiserot itsessään kertovat kuitenkin käytäntöjen hajanaisuudesta.

Sisäilmaongelmiin suhtautumiseen vaikuttavat eri toimijoiden intressit ja sidonnaisuudet, kuten liiketoiminta, akateeminen ura ja oikeudenkäynnit, tulivat esiin myös haastatteluaineistossa. Phillips on arvioinut, että oikeusprosessit ovat este rakentavalle dialogille, sillä ne vahvistavat asiantuntijoiden käsitystä siitä, että toista näkemystä kannattavat harjoittavat huonoa tiedettä epäeettisistä syistä. (Phillips 2010a, 1038.) Myös haastatteluissa mainitut Kelan ja vakuutusyhtiöiden käytännöt kertovat siitä, että kyse ei ole vain tieteellisestä kiistasta.

Phil Brownin kirjoitukset ”populaarisesta epidemiologiasta” (popular epidemiology) ovat mielenkiintoisia suhteessa sisäilmakysymykseen, koska niissä käsitellään eksaktin tiedon

vaatimuksen ongelmallisuutta. Brown keksi termin populaarinen epidemiologia vuonna 1987, kun työväenluokkaiset naiset kiersivät ovelta ovelle kyselemässä perheiden sairauksista 1970-luvulla kartoittaakseen saastuneiden alueiden terveysvaikutuksia. Toksikologia suhtautui kehoihin universaaleina ja ennustettavissa olevina, kun taas populaarinen epidemiologia katsoi kehojen olevan erilaisia suhteessa yhteiseen ympäristöön. (Murphy 2006, 96.)

Modernien työterveysongelmien tunnistaminen lähtien hiilikaivostyöntekijöiden pölykeuhkosta sairas rakennus -oireyhtymään on useimmiten ollut enemmän ruohonjuuritason taistelun, kuin lääketieteellisen tutkimuksen tulosta. Monet tapaukset USA:ssa olisivat jääneet tunnistamatta ilman työntekijöiden ja muiden maallikoiden harjoittamaa "populaarista epidemiologiaa". Tutkijat ovat sittemmin nimenneet sen nykyaikaisen yhteisöllisen ympäristöaktiivisuuden kulmakiveksi. (Mt. 59, 96.)

Brownin mukaan epidemiologiassa on viime vuosina oltu kiinnostuneempia tiukoista tieteellisten menetelmien standardeista kuin terveyden edistämisestä. Populaarinen epidemiologia sen sijaan on palaamassa epidemiologian juurille, kun maallikot ja osa tieteentekijöistä löytävät uusia sairausryppäitä aiheuttajineen. Populaarisessa epidemiologiassa maallikot keräävät tietoa ja tekevät yhteistyötä asiantuntijoiden kanssa. Se haastaa perinteisen epidemiologian perusoletuksia ja hyödyntää poliittisia ja juridisia lähestymistapoja ratkaisukeinona. (Mt. 91-92.)

Populaarisen epidemiologian harjoittajat ovat sitä mieltä, että epidemiologia ei ole arvovapaata. Myös sosiaalitieteiden mielestä tieteellistä tietoa muokkaavat median vaikutus, taloudellinen etu, poliittinen paine ja sosiaaliset liikkeet. Tiedettä rajoittavat taloudelliset ja henkilökohtaiset resurssit. Tieteen kykyä tunnistaa terveysuhkia rajoittaa tyypillisesti se, että lähtökohtana ovat vakiintuneet ammatilliset ja organisationaaliset rutiinit. (Mt. 95.)

Aktivistien mielestä tutkijat keskittyvät liikaa jokaisen osa-alueen täydelliseen hiomiseen. Ympäristömyrkkyyongelman kanssa taistelevat asukkaat ovat puolestaan vakuuttuneita niiden sairastuttavuudesta. Interventioon johtavan tilastollisen merkittävyyden taso on yleinen kiistanaihe. Epidemiologit suosivat "väärä negatiivisia" (false negatives), eli

lähtökohtaa, jossa ei haluta niin sanottuja vääriä hälytyksiä, kun taas populaarisen epidemiologian kannattajat vastustavat todistamisen taakkaa, joka estää ympäristöongelmaan puuttumiseen. (Mt. 96-97.) Tämä on oleellinen eettinen valinta: ottaako riski, että toimenpide on turha (false positive), vai riski, että ihmiset jäävät vaille apua ja sairastuvat.

Teollisuusjätteiden kaatopaikan saastuttamalla Love Canal –nimisellä asuinalueella maallikoiden kanssa työskennellyt syöpätutkija Beverly Paigen (1982) on todennut, että todisteiden kriteerit ovat arvokysymyksiä. Ennen Love Canalia hän edellytti 95 %:n varmuutta ollakseen vakuuttunut päätelmästä, mutta nähdessään virheiden seuraukset, kuten keskenmenoja, kohtukuolemia ja sairaita lapsia, hän ymmärsi, että on arvovalinta, tekeekö virheitä ihmisten terveyttä suojellakseen vai valtion resursseja säästääkseen. (Paigen 1982; ref. Brown 1995, 97.)

Sylvia Tesh (1996) on huomauttanut, että tieteen ideologia suosii dualismia jakaen tiedon objektiiviseen ja subjektiiviseen. “Ei tilastollisesti merkittävä” tarkoittaa, että nollahypoteesin pätevyydelle ei ole tarpeeksi näyttöä. “Ei merkittävä” tarkoittaa, että nollahypoteesin kanssa on elettävä, kunnes toisenlaista todistusaineistoa ilmenee. Tämä steriili fraseologia estää sen tiedostamisen, että nollahypoteesin kanssa eläminen tarkoittaa epäillyn sairauden aiheuttajan kanssa elämistä. (Tesh 1996, 170.)

Kimmo Saariston mukaan ympäristökonflikteja voi tulkita asiantuntijuuden konflikteina, kun yhdenlainen tieto on kyseenalaistettu vastatiedon taholta (Saaristo 2000, 116). Jos tätä sovelletaan sisäilmakiistaan, on lääkäreiden eriävissä näkemyksissä kyse konfliktista, joka on toistaiseksi ratkaisematon. Konflikti on myös melko näkymättömissä heijastuen lähinnä potilaiden kamppailuihin henkilökohtaisissa elämäntilanteissaan. Oma kysymyksensä on, onko näkymättömillä konflikteilla ratkaistuksi tulemisen painetta. Toisaalta lähiaikoina kasvanut julkisen huomion määrä lisännee sitä. Eduskunnan Tarkastusvaliokunta toteaa tuoreessa mietinnössään, että potilaiden saaman hoidon laatu tulee varmistaa myös silloin, kun oireiden ja sairauksien lääketieteellisistä syistä ei ole varmuutta (TrVM 1/2013, 30).

Sisäilmasta sairastuneen potilaan diagnoosilla tai sen puutteella on vaikutusta muun muassa sairastuneen terveydentilaan (miten ongelma ratkaistaan esimerkiksi työpaikalla) ja taloudelliseen tilanteeseen (sairauspäiväraha, ammattitautidiagnoosin mahdollistama toimeentulo). Jään pohtimaan, vaaditaanko muiden kuin sisäilman aiheuttamien terveysongelmien kohdalla täyttä varmuutta ja tietoa siitä, mikä aine sairastuttaa, millä mekanismeilla se sairastuttaa, kenet se sairastuttaa ja miten se saadaan mitattua. Myös rakentamisen ja rakennuksista huolta pitämisen laatukysymyksiin vaikuttanee rakennusten aiheuttamien terveysongelmien status.

7. Oireilun lähde

Sisäilmaongelmien aiheuttamat terveysvaikutukset ovat haastatteluiden perusteella lääketieteessä kiistanalainen alue. Yksimielisyyteen ei ole päästy osittain siksi, että tietoa on vajavaisesti. Riippuu myös muun muassa lääkärin orientaatiosta, työnkuvasta ja kiireestä, miten hän suhtautuu mahdollisiin sisäilmaoireisiin. Lääkärit kertoivat ammattikuntansa edustajien olevan usein ymmällään siitä, miten tätä asiaa tulisi käsitellä. Potilaita puolestaan hämmentää se, että eri lääkäreiltä saa erilaisia vastauksia.

Kiistanalaisuudesta ja epävarmuudesta huolimatta jokainen lääkäri ottaa kuitenkin jonkinlaisen kannan aiheeseen kohdatessaan sisäilmasta sairastuneen. Monet haastateltavat kuvailivat ammattipiiriensä keskustelua jakamalla näkemykset kolmeen tyyppiin:

Lääkärikunnassa on ollut traditionaalisesti jako kolmeen, että on ryhmä, joka on sitä mieltä, että hullua puhetta, että ei voi olla totta. Ei homeet voi tehdä kellekään pahaa, niitähän on tuolla luonnossa ja maassa mettässä, että itse asiassa ne on jopa terveellisiä. Sitten on semmonen porukka, joka reagoi liian voimakkaasti siihen, että ne ei oikeestaan nääkään muuta kuin sen asian, mut se on hirmusen pieni ja marginaalinen lääkiriryhmä. Ja sitten on onneks aika paljon niitä, jotka on sitä mieltä, että mikrobit voivat olla merkittävä sairastavuuden syy, että viisain ihminen asennoituu asiaan avoimesti ja kuuntelee potilasta, ja tutkii hyvin sen taustat. (H7)

Karkeasti jaoteltuna haastattelemieni lääkäreiden näkemykset jakautuivat kahtia sen mukaan, korostivatko he enemmän psyykkisiä tekijöitä, kuten pelkoa tai masennusta vai sisäympäristöä ja sen epäpuhtauksia oireiden aiheuttajana. Ongelma näyttäytyy eri näkökannoista katsottuna hyvin erilaisessa valossa. Näitä näkemyksiä erittelen tarkemmin seuraavissa luvuissa.

7.1 Psykososiaaliset tekijät

Haastatteluissa tuli esiin, että lääkärit näkivät sisäilmasta sairastuneita hoitaessaan sosiaalisten ja psyykkisten tekijöiden vaikutuksen oireiluun eri tavoin. Osa oli sitä mieltä, että potilaan ajatukset, tunteet ja sosiaaliset suhteet ovat merkittävässä roolissa ongelmien aiheuttajana, kun taas osa katsoi, että psyykkinen reagointi on ennemminkin fyysisten oireiden seuraus.

Osa sosiaalisia ja psyykkisiä tekijöitä korostavista lääkäreistä kertoi, että työpaikalla noussut sisäilmakeskustelu voi lisätä omien oireiden tarkkailua ja oiretuntemuksia. Jos esimiesten koetaan vähättelevän jotakin työolosuhdeasiaa, niin on luontevaa, että asia alkaa häiritä enemmän. Myös median nostattama tietoisuus ruokkii sitä, että sisäilmaa syytetään ongelmista ja ihmiset saattavat lääkäreiden mielestä ”fiksoitua” kosteusvaurioon. Tällöin ihmissuhde- tai psyykkisille ongelmille, kuten masennukselle halutaan kenties löytää jokin ulkoinen syy.

Osalla potilaista siellä taustalla on esimerkiksi depressiota. Joka saattaa siinä kyllä tulla myöhemmin esiin. – – Esimerkiksi yksi sellainen potilas tässä oli jonkun aikaa sitten vastaanotolla, joka ihan selkeästi depressioon liittyvät oireet yhdisti itse sisäilmaongelmiin. (H5)

Ja onpa sieltä löytynyt ihan psykoottistasoista oireilua ja me ollaan saatu tänne nyt konsultoiva psykiatri. Viimeks tänään kun hänen kanssaan juttelin, niin hän kertoi tapauksesta, jota hän diagnosoi psykoosin tämmösellä henkilöllä, joka oli vakuuttunut, että hänen oireensa liittyy sisäilmaan. Et siel on tämmöstäkin mukana, mut ei voi suinkaan leimata kaikkia. Suurin osa on ihan fiksuja ja järkeviä. (H11)

Tilanteessa, jossa potilaan herkkyyys saada oireita kuulostaa lääkäristä epäuskottavalta, voi psykosomaattinen selitys vaikuttaa todennäköisemmältä. Lääkäriin kerrottiin odottavan loogisuutta potilaan kertomuksessa. Esimerkiksi se ei kuulostanut uskottavalta, että homeisen talon vierestä kulkeminen veisi äänen, tai että henkilö voisi vaatteissaan tuoda sellaisen määrän haitallista ainetta, että se voisi aiheuttaa hankalat oireet.

Yksi lääkäri kuvasi psyykkisen ahdistuksen ja pelon olevan valtavaa useimmilla potilailla. Hän neuvoo potilaita pysymään pois internetin pelkoa lisääviltä sivuilta, ja homealtistuneiden vertaistukiryhmät ovat hänen mukaansa samasta syystä ”vihonviimeinen paikka”.

Toinen osa haastateltavista piti psyykkisiä oireita, kuten masennusta ja stressiä, todennäköisemmin seurauksena fyysisille oireille, ja niistä aiheutuneille ongelmille. Tyypilliseksi tilanteeksi eräs lääkäri kuvaili sellaista, jossa kaikki eivät samalla työpaikalla oireile, joten oireilijaa saatetaan pitää työtä vieroksuvana eikä esimieskään ota asiaa vakavasti. Jatkuva oireilu tietyssä sisätilassa harmittaa ja aiheuttaa potilaassa pelkoa ja ahdistusta.

Osalle potilaista tulee masennusoireita joko sen takia, että ovat sairaita, ja se on ihan luonnollista, että jokainen masentuu, jos on kroonisesti sairas. Tai sitten toinen syy on et se, että yhteiskunta ei ymmärrä tai heidän lääkärinsä ei ymmärrä heidän ongelmia, niin siitä masentuu lisää. Masennusta käytetään myös aika paljon diagnoosina. (H1)

Yksi masennusta luonnollisena reaktiona pitävä lääkäri huomautti, että kukaan ei tiedä, kuinka suuren osan yli 200 000:sta masennuksen takia pysyvästi työkyvyttömyyseläkkeellä olevan taustalla on homeiden aiheuttamia tai pahentamia sairauksia. Hänen mielestään lääkärikunnalla on aina ollut väärä tapa laittaa tuntemattomat tapaukset psykiatrille. Psykiatrit eivät usko potilaan kertomusta, minkä seurauksena potilaat katkeroituvat, ja tästä seuraa voimakkaita tragedioita. Potilasta auttaisi lääkärin mukaan jo se, että hänelle sanottaisiin, ettei nykylääketiede osaa selittää ilmiötä.

Myös yksi psyyken osuutta korostaneista lääkäreistä otti esiin katkeroitumisen ongelman. Potilaat kiertävät lääkäriltä toiselle jäädessä tilaan, jossa he eivät koe olevansa kunnossa, mutta eivät virallisesti sairaitakaan. Järjellisen selityksen löytäminen ja hyväksytyksi tuleminen on hänen mukaansa potilaille usein aika tärkeä asia. Toinen lääkäri sanoi, että potilaat kokevat, että heidät leimataan hulluiksi ja näinkin voi ehkä tapahtua. Lääkäri kuitenkin arvioi, että todellisuudessa kyse on ennemminkin vaikutelmasta, jonka fysiologisten löydösten puute voi potilaan mielessä aiheuttaa.

Psyyken osuutta potilaiden oireisiin korostaneita lääkäreitä vaikutti muita enemmän häiritsevän biologisten löydösten puute. Erityisesti ulospäin terveeltä näyttävien potilaiden kohdalla epäiltiin psykososiaalisia tekijöitä. Jos hengitystiet, silmät ja iho ovat normaalin näköiset, voi olla, että kyse on tavallista herkemmästä ihmisestä, jonka lähipiirissä sattunut hometalo-ongelma saa hänet tuntemaan erilaisia oireita.

Lääkärit suhtautuivat myös eri tavoin potilaiden kykyyn arvioida oma terveydentilansa ja oireiden aiheuttaja. Kun yksi lääkäri korosti pitävänsä tärkeänä potilaan uskomista, niin toinen lääkäri sanoi, ettei voi tietää, onko potilas ”tosissaan”. Kolmas puolestaan huomautti, että lääkäri ei voi tietää, onko oireet koettu ”vahvistimen” kautta, vai onko kyse suorasta biologisesta vaikutuksesta. Hän mainitsi esimerkkinä potilaan, jonka oireet olivat merkittävästi vähentyneet avioeron jälkeen.

Eri elämänalueiden ongelmat ja stressi pahentavat oireita oletettavasti muidenkin terveysongelmien kohdalla. Eri tekijöiden erottaminen toisistaan vaikuttaa joidenkin lääkäreiden mielestä olevan hankalaa erityisesti sisäilmasta sairastuneiden kohdalla. Yksi selitys on varmasti juuri se, että lopullisen varmuuden antavia mittareita ei ole käytössä.

Psyyken sijaan ongelman voi nähdä myös potilaasta riippumattomana ja rakenteellisena. Vaikka rakennusten ongelmien tiedetään olevan yhteydessä terveysongelmiin, erosivat lääkäreiden näkemykset siinä, voidaanko sairastumista nimittää ympäristölähtöiseksi.

7.2 Ympäristösairaus

Monet haastateltavista pitivät huonolaatuista rakentamista perimmäisenä ja suurimpana syynä sisäilmaongelmien aiheuttamiin terveyshaittoihin. Rakentamista pidettiin ongelman ytimenä ja sisäilmaongelmia sen seurannaisvaikutuksena. Erään lääkärin arvio oli, että merkittävää parantumista rakentamisen tai korjausrakentamisen laadussa ei ole viime vuosikymmeninä tapahtunut. Rakennuksista terveyshaittoja saavien kannalta tilannetta mutkistaa se, että korjaaminen ei välttämättä ratkaise ongelmaa, vaikka voikin vähentää uusia sairastumisia.

Lääkärit valittelivat muun muassa kosteille betonipinnoille rakentamista, ilmastointijärjestelmien huoltamattomuutta ja kuntien tarjouskilpailuja, joissa halvin vaihtoehto voittaa. Yksi lääkäreistä harmitteli, että lääkärit joutuvat tekemisiin huonon rakentamisen seurausten kanssa, vaikka asian ei pitäisi periaatteessa lääkäreille edes kuulua. Terveysongelmaa ei olisi, jos rakennusten kuntoon kiinnitettäisiin huomiota jo ennen kuin ihmiset ehtivät sairastua. Toisin kuin monet tuntemattomat sairastumisen syyt, sisäilmasta sairastuminen olisi estettävissä, mikä on turhauttavaa myös lääkäreiden kannalta.

Termi ympäristösairaus ei ole vakiintunut käyttöön ainakaan Suomessa, vaikka monien ympäristöaltisteiden, kuten UV-säteilyn, radonsäteilyn sekä liikenteen päästöjen ja puunpolton ilmaan synnyttämien pienhiukkasten tiedetään aiheuttavan tai pahentavan monia sairauksia. Ympäristöllä voidaan laajemmassa tulkinnassa tarkoittaa myös rakennettua ympäristöä, ja viittaankin termillä tässä sisäympäristön epäpuhtauksien aiheuttamiin terveyshaittoihin. Termi jakoi haastateltavien mielipiteitä. Toisten mielestä se viittaa liikaa ulkoiseen syyhyn ja ulkoilmaan tai on terminä liian laaja:

Ympäristösairaus? Mun mielestä se on liian ylimalkainen, et kyl mä niinkun näitä spesifejä diagnooseja mitä meillä on. Meil on semmonen ICD-10 -diagnoosiluettelo. En mä nyt lähtis mitään uusia diagnooseja tämmösille keksimään. Mä käytän astmadiagnoosia, mä käytän allerginen nuha -diagnoosia, mä käytän krooninen poskiontelontulehdus ja usein toistuva poskiontelontulehdus riippumatta siitä, mikä se syy on. Se syyhän voi olla siellä ympäristössä. Mut se sairaus on se mikä on. Et ei me voida niputtaa kaikkea yhteen. Et mä pidän sitä pikkusen medikalisoitina, jos mennään vielä keksimään lisää diagnooseja. Ruokkii sitä sairautta, meidän pitää ruokkia terveyttä. (H11)

Joo sitähan on nyt tuotu Amerikasta, ympäristöintoleranssi. Sitä ollaan tuomassa. Mun mielestä tästä on tota yhdessä tämmösessä mielipideartikkelissa yks amerikkalainen kollega kuvannu tän asian näin, että jos et tiedä mikä se sairaus on, niin se on ihan sama minkä nimen sille annat. – – Että yks uus nimi sinne tai tänne ei muuta asiaa mihinkään, vaan keskeistä on se, että päästäis siihen biologiaan kiinni, että siinä tarvittais tämmöstä niinkun arvovapaata tutkimusta. (H6)

Niin sanotusta psykososiaalisesta oirehdinnasta puhuneet lääkärit vertasivat sisäilmaongelmista sairastumista aikaisemmin julkisuudessa olleisiin terveyskohuihin, kuten amalgaamipaikkakohuun ja muihin kiistanalaisiin terveysongelmiin, kuten hiivasyndroomaan ja sähköherkkyyteen. Toiset lääkärit korostivat puolestaan sairastumisen fysiologista alkuperää ja näkivät terveysongelman nimenomaan ympäristösairautena. Terveyskohujen sijaan ympäristösairaus-määritelmää kannattavat lääkärit vertasivat ilmiötä tunnettuihin ympäristöongelmiin, kuten saasteiden aiheuttamiin haittoihin ja kemikaalionnettomuuksiin.

No mä sanoisin sillä tavoin, että jotkut tämmöset saastuneeseen ympäristöön liittyvät terveysongelmat kuuluis samaan kategoriaan aika pitkälti. – – Meil on aika paljon esimerkkejä kemikaalipäästöistä kemianteollisuudesta ja onhan hyvin vakaviakin ollut tämmösiä, ne teollisuuspäästöt ympäristöön on vaan yleensä ottaen ollut isompia pitoisuuksia niinku joku Bhopal tuolla Intiassa, jossa kuoli valtava määrä ihmisiä. (H3)

Yksi haastateltava muisteli 1970–80-lukujen vaihteen rehuhiivaepidemiaa, jonka synnytti eläinten rehuhiivatehdas levittämällä laajalle alueelle *Candida utilis* -pölyä. ”Et se oli melkonen ympäristösairaus ja se kesti monta vuotta.” Aasukkaat saivat allergista nuhaa, infektioita ja astmaa, mutta aluksi ongelman aiheuttajaan ei uskottu. Tilanteen ratkaisemiseen suodatinlaitteiston asentamisella vaikutti lääkintäviranomaisten sijaan SAK:n kanta, sillä järjestö ilmoitti tehtaan johdolle töiden muussa tapauksessa seisahtuvan. (Heinonen ym. 1981; Kovanen Tarja 2008.)

Koko valtakunnan allergologiporukka käytti kaikki voimansa todistaakseen että keskussairaalan silloinen allergologi ja ylilääkäri olivat hulluja, kun ne lähti edes ehdottamaan että Candida utilis vois aiheuttaa allergiaa tai tautia kellekään. Täällä juoksutettiin professoreita eri puolilta maailmaa todistelemassa että ei voi olla totta. Mutta kun niitä perusteellisesti ja selkeästi tutkittiin, niin kyllähän se oli inhottavan totta. Siinä oli sit silloinen lääkintähallitus ja STM mukana selvityksissä. (H7)

Myös saasteista puhuneet lääkärit viittasivat muihin kiistanalaisiin terveysongelmiin, kuten hajuste- tai monikemikaaliherkkyyteen, fibromyalgiaan, krooniseen väsymysoireyhtymään ja sähköherkkyyteen, mutta he eivät epäilleet niiden yhteyttä

fyysiseen ympäristöön, kuten psykososiaalista oireilua korostaneet lääkärit tekivät. Osa haastateltavista piti fibromyalgian ja MCS:n kaltaisia vaivoja osin päällekkäisinä kosteusvaurio-oireiden kanssa.

Yksi lääkäri kertoi sairastumisen vaiheittaisesta etenemisestä, sillä jotkut mikrobivaurioituneessa rakennuksessa ensin asuneet alkavat reagoida ensin hajusteille, sitten tietyille ruoka-aineille ja lopulta 10–15 vuoden kuluttua saattavat sairastua MCS:ään. Toinen monikemikaaliherkkyyden kosteusvaurioihin liittänyt lääkäri arveli, että suurin osa lääkäreistä ei tunne kosteusvaurioiden yhteyttä MCS:ään. Hän myös huomautti, että oireilun terminologinen liittäminen Suomessa tuoksuihin on harhaanjohtavaa, koska käytännössä kemikaaliherkkä ihminen oireilee kymmenille eri aineille maaleista painomusteisiin.

Kuten osassa haastateltavieni näkemyksiä, myös esimerkiksi Gibson ja Lindbergin kyselytutkimuksessa MCS ja sisäilmasta sairastuminen limittyivät muiden sairauksien kanssa. Yhdysvaltalaisutkimuksessa lääkärit luettelivat terveysongelmia, joiden arvelivat menevän osin päällekkäin MCS:n kanssa. Astma, RADS, sairas rakennus –oireyhtymä, krooninen väsymysoireyhtymä ja fibromyalgia olivat eniten listattujen joukossa. Avoimissa vastauksissa mainittiin myös muun muassa Lymen tauti, autoimmuunisairaudet, ärtyvän suolen oireyhtymä ja masennus. Kysely lähetettiin 1000:lle lääkärille, joista vain 90 vastasi siihen. Kyselyn tekijät arvelivat vastaajien edustavan MCS:ään avoimimmin suhtautuvia lääkäreitä. (Vrt. Gibson & Lindberg 2011.)

Haastattelemistani lääkäreistä osa päätteli, että osan potilaista kohdalla oireilu ei ole ensisijaisesti sisäilmaongelmien aiheuttamaa. He näkivät psyykkisten selittäjien olevan todennäköisempiä, kun taas muut lääkärit pitivät todennäköisempänä, että psyykkiset oireet ovat looginen seuraus fyysisistä oireista ja hankalista tilanteista esimerkiksi työpaikalla. Siinä missä yksi lääkäri epäili, että potilas haluaa hakea oireilleen ulkoisen syyn, toinen lääkäri näki syyn olevan nimenomaan ulkoinen.

Yksi haastateltava sanoi, että lääkärit käsittelevät asian tiettyyn pisteeseen asti, jonka jälkeen heillä ei ole tietoa, mitä potilaalle jatkossa tapahtuu. Potilaiden jääminen tilaan, jossa he eivät ole terveitä eivätkä virallisesti sairaita ei kuulosta sosiaalipoliittisesti

kestävältä tilanteelta. Esiin tulivat myös mahdollisesti vääristyneet sairaustilastot, jos osalle sisäilmasta sairastuneista annetaan (pelkkä) masennusdiagnoosi.

7.3 Pohdinta

Voisi sanoa, että osa lääkäreistä piti ongelmaa enemmän ”psykososiaalisena” kuin puhtaasti fysiologisena ja ihmisen asuin- tai työympäristön huonoon kuntoon liittyvänä. Harva lääkäri varmastikaan ehtii tai pääsee tutustumaan potilaan olosuhteisiin, vaan hänen pitää tehdä päätelmänsä sen perusteella, mitä potilaasta tulkitsee. Syntyy vaikutelma, että jää pitkälti yksittäisen lääkärin oman harkinnan ja päätäntävällän varaan miten hän potilaan oireet tulkitsee. Kuten luvussa 6 tuli esiin, oleellisena erona näyttäytyvät erot luottamuksessa potilaan omaan arviointikykyyn.

Psyykkisiä tekijöitä on käytetty selityksenä sairas rakennus -oireyhtymän alkuaajoista asti. Osa asiantuntijoista oli sitä mieltä, että oireista valittavat, joista suuri osa oli toimistotyöntekijöitä, kärsivät massahysteriasta, jonka taustalla on naisten tapa käsitellä stressiä tai hormonaaliset syyt. (Murphy 2006, 3-4.)

Virheellisillä psyykkisperäisillä selityksillä on pitkä historia lääketieteessä. Muun muassa MS-taudin, Parkinsonin taudin, migreenin, nivelreuman, astman ja haavaisen paksusuolen tulehduksen on aikanaan väitetty olevan psyykkisperäisiä. Martin Pallin (2009) mukaan monikemikaaliherkkyyttä psyykkisenä pitävät eivät tuo kirjoituksissaan esiin sitä mahdollisuutta, että tässäkin kohtaa olisi erehdytty ilman parempaa tietoa sairauden mekanismeista. He eivät myöskään juuri koskaan esitä testikelpoisia oletuksia, vaikka ne ovat oleellista tieteessä. (Pall 2009, 2333.)

Monien MCS:ää psyykkisenä pitävien mukaan vaivaa kuvaisi paremmin nimi idiopaattinen ympäristöintoleranssi eli nimi, joka kieltää sen, että kemikaalit aiheuttaisivat sairauden. Tästä näkökulmasta syynä pidetään somatisaatiota, mutta ei oteta huomioon hermoperäistä herkistymisen tulkintaa tai hermoperäisen tulehdusreaktion tulkintaa. Elinperäisten syiden mahdollisuutta ei ole Pallin mukaan kyetty poissulkemaan kilpailevalla argumentilla. Sen sijaan somatisaatiotulkinnat ovat saaneet paljon kritiikkiä siitä, että ne perustuvat dualistiseen näkemykseen, jossa ihmisen psyykkinen ja fyysinen

puoli on erotettuina toisistaan, ja että jokin saa ylittämään niiden välisen kuilun aiheuttaen fyysiset oireet. (Mt. 2329-2332.)

Psykiatrisia seikkoja pohditaan yleensä silloin, kun hoitokeinot eivät tehoa. Monet psykosomaattisiksi tulkitut krooniset sairaudet, kuten astma, reuma, kilpirauhasen liikatoiminta ja haavaisen paksusuolen tulehdus alettiin nähdä 1950–1960-luvuilla immuunijärjestelmän toimintaan liittyvänä. Niiden taustalla oleva etiologia ei kuitenkaan selvinnyt, joten käytännössä psykosomatiikan käsite vain korvautui autoimmunitietin käsitteellä, ja näiden kroonisten sairauksien tuntemus säilyi heikkona. (Aronowitz 1998, 43, 49.)

Ashford ja Miller ovat kritisoineet psykiatreja, jotka eivät tunnista ilmassa tai ruoassa olevien kemikaalien vaikutuksia aivoihin ja käyttäytymiseen, vaikka he työkseen määräävät potilaille lääkkeiden nimillä kulkevia kemikaaleja, jotka muuttavat käyttäytymistä (Ashford & Miller 1991: 114; ref. Alaimo 2009, 16). Caressin epidemiologisessa tutkimuksessa todettiin, että emotionaaliset ongelmat voivat olla häiritsevien fyysisten oireiden seuraus, tai vaihtoehtoisesti toksiset aineet saattavat vaikuttaa aivojen mielialaa ja emotioita sääteleviin alueisiin (Caress 2002, 4-5; ref. Alaimo 2009, 17).

Poissulkumenetelmällä psykiatriseen selitykseen päätyminen jättää mahdollisuuden riskille, että potilaan sijaan lääkäri on erehtynyt. Voidaan kysyä, onko olemassa oleviin sairausluokitukseen nojaaminen mieluisampi vaihtoehto kuin myöntää, että lääketiede ei osaa antaa vastausta? Psykye vs. ympäristö –kiista herättää myös kysymyksen, tunteeko historia vastaavasti sairauksia, joita on ensin epäilty fyysisiksi, mutta jotka ovat sittemmin osoittautuneet kiistattomasti psyykkisiksi. On mahdollista, että psykye selittää osan sisäilmasta sairastuneiden oireilusta, mutta tämä ”false negative” –riski (ks. luku 4) jättää väärän päätelmän seuraukset potilaan kannettaviksi, mikä on mielestäni eettisesti arveluttavaa erityisesti, jos kyse on vakavammista oireista. On muistettava, että psykye ja keho muodostavat kokonaisuuden, mutta psyykkisen reagoinnin korostaminen sisäilmasta sairastuneiden kohdalla ei poista itse ongelmaa.

Phillipsin mukaan useimmat monikemikaaliherkkyydestä ja vastaavista kiistellyistä sairauksista kärsivät vastustavat psykologisoivia selitysmalleja, koska ne antavat ymmärtää, että potilailla on mahdollisuus hallita sairauttaan ja että se on heidän kuvitelmaansa. Fysiologinen selitys sen sijaan tarjoaisi sairaan rooliin pääsyn edut, kuten hyväksytyn poissaolon töistä, korvauksia, vakuutuksen ja sosiaalista myötätuntoa. (Phillips 2012, 1763.)

Terveystenhoito syntyi ja kehittyi julkisena palveluna turvaamaan väestön elinvoimaa osana järjestyksenpitoa. Ennaltaehkäisy nähdään keinona vähentää terveydenhuoltoa kuormittavien sairauksien määrää, mutta enää säästöjä ei etsitä puuttumalla ihmisten elinoloihin ja -ympäristöön, vaan kustannuksia pyritään leikkaamaan siirtämällä vastuuta terveydestä yksilöille itselleen. (Helén & Jauho 2003, 7-8, 32.)

Ympäristösairaus-termi jakoi haastateltavien mielipiteitä. Se vie huomion yksilöstä ympäristöön, mikä tuo esiin kehityksen nurjat puolet, eli ihmisen elinympäristölleen ja samalla itselleen aiheuttamat haitat. Sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta sanavalinnoilla ja käsitteillä on merkitystä, koska ne muokkaavat käsityksiämme todellisuudesta, kuten syy-seuraussuhteista. Langdon Winnerin mielestä 1970-luvun riskinarviointi oli takaisku ympäristönsuojelulle, kun ”terveysuhkat” muuttuivat ”terveysriskeiksi”. Terminologinen muutos liitti melko ilmiselvään syy-seurausyhteyteen voimakkaan epävarmuuden sävyn (Winner 1986; ref. Brown 1995, 98).

Haastatteluvastauksista on luettavissa lääkäreiden koulutuksen luonne. Luonnontiede nähdään arvovapaana ja medikalisaatio, eli aina vain uusien ilmiöiden saattaminen lääketieteen piiriin, terveyden puolustamisen vastaisena. Arvot kuitenkin vaikuttavat siihen, mihin keskitytään, ja poliittinen kysymys on myös se, mitä kysytään eikä vain vastausten etsiminen kysymyksiin (Aronowitz 1998, 183). Se mihin huomio kiinnitetään, vaikuttaa siihen, lähdetäänkö ongelmia ratkomaan yksilöstä vai yhteiskunnasta käsin. Spesifisyys ja biologia- ja yksilökeskeisyys vaikuttavat myös tutkimusrahoituksen kohdentumiseen vaaran tutkimiseen sen sijaan, että tutkittaisiin terveyden edistämistä (Aronowitz 1998, 133).

Tesh on vertaillut erilaisia sairauksien syitä ja ennaltaehkäisyä koskevia teorioita. Esimerkiksi useita tekijöitä korostava multikausaalinen selitysmalli kohtelee kaikkia hypoteeseja tasa-arvoisesti, jolloin resurssit on helppo ohjata tehottomiin, mutta vähemmän häiritseviin hankkeisiin. Viranomaiset voivat esimerkiksi varoittaa ympäristösaasteista sairauksien aiheuttajana mutta kannattaa elämäntapamuutoksia ennaltaehkäisykeinona. (Tesh 1996, 63.) Teorian heikkous on Teshin mukaan se, että se tukee nykyisessä tilanteessa pysymistä. Tutkijoiden väitellessä ja varmaa tietoa etsiessä vältetään viivytystaktiikan tavoin kysymys siitä, kuka vastaa epävarmuudessa pysymisen seurauksista. Toimenpiteiden puute ei ole kuitenkaan neutraali valinta tilanteessa, jossa ihmisten terveys on vaarassa. (mt. 70.)

Tesh esittää vaihtoehdoksi multikausaaliselle selitysmallille sosiaalisen rakenteen teoriaa, jota hahmoteltiin ensimmäisen kerran jo 1800-luvulla. Se etsii sairauksien ennaltaehkäisyä olosuhdetekijöistä, kuten kunnollisista asumisolosuhteista, hyvistä kouluista ja työtyytyväisyydestä. Haasteena teorian suosimisessa on se, että toisin kuin sosiaalisten tekijöiden kohdalla, yksilön ollessa vastuussa valinnoistaan kyse on poliittisesti neutraalista asiasta, kun taas vastuun langettaminen sosiaalisille tekijöille on uhka sekä teollisuudelle että valtiolle, joista jälkimmäiselle edellisen vakaus on elinehto. (Mt. 79, 164-165.)

Pohdinta yksilön ja ympäristön osuudesta ongelman aiheuttajana kertoo myös ongelman vakavuuteen suhtautumisesta: jos sisäilmaoireita ei pidetä todellisina tai oireileviin suhtaudutaan poikkeavalla tavalla olosuhteisiin reagoivina yksilöinä, ei ongelmakaan näyttäydy vakavana. Jos syynä sen sijaan pidetään ympäristöä, kyse on yhteiskunnallisesta ongelmasta, joka vaatii rakenteellisia toimenpiteitä yksilöiden hoitamisen lisäksi.

8. Sairastamisen vakavuus

Sisäilman epäpuhtauksien aiheuttamien terveyshaittojen kirjo on haastattemieni lääkäreiden mukaan laaja. Väsymyksen, päänsäryn, hengitystieärsytysten ja -infektioiden sekä lämpöilyn, iho- ja niveloireiden lisäksi varsinaisista sairauksista tunnetuin on astma. Kaikkien lääkäreiden mielestä ei voida sanoa, että sisäilmasta sairastumiseen liittyyisi tyyppioireita. Harvinaisempia virallisen sairausluokituksen saaneita sairauksia ovat allerginen alveoliitti (homepölykeuhko) ja ODS-oireyhtymä. Ne ovat poikkeuksia siinä mielessä, että niiden yhteys kosteusvauriomikrobeihin osataan todentaa, mutta lääkärit eivät kovin monta tällaista tapausta olleet urallaan nähneet.

Keuhkolääkärit puhuivat lähinnä astmasta muiden lääkäreiden mainitessa useita muitakin sairauksia, kuten neurologisia ja autoimmunisairauksia sekä altistumisen myötä syntyneen ”homekoirataipumuksen” eli kyvyn haistaa sisäilman mikrobit heti rakennukseen astuessa.

Sellaista tarinaa pidettiin tyypillisenä, että henkilö altistuu vuosien ajan homeelle koulussa. Lapsilla hengitystieinfektioita on useammin kuin aikuisilla eikä niitä välttämättä osata yhdistää homeiseen rakennukseen. Aikuistuttuaan henkilö saattaa kuulla, että hänen koulunsa on purettu huonokuntoisuuden takia. Huomionarvoista on, kuten yksi lääkäri sanoi, että kaikki samaa koulua käyvät eivät sairastele, sillä mahdollisesti huonosti tunnettujen geneettisten alttiuserojen takia yksi voi saada oireita esimerkiksi vuoden altistumisen jälkeen toisen ollessa vielä 10 vuoden päästä oireeton samassa rakennuksessa.

Osa haastateltavista toi esiin muitakin kuin suoria terveydellisiä haittoja, kuten hometalon ostaneiden kokeman stressin ja tilanteesta syntyviä sosiaalisia ongelmia, kuten vaikeudet vieraillla läheisten sisäilmaongelmaisissa kodeissa.

Kuten diagnosointia ja oireilun syytä koskevissa kysymyksissä, myös sisäilmaan liitettyjen oireiden vakavuutta ja yleisyyttä koskevat näkemykset erosivat suuresti toisistaan haastateltavien näkemyksissä. Riippuu varmasti paljon lääkärin työnkuvasta, kuinka paljon hän ehtii paneutua yksittäisten potilaiden tilanteisiin ja kuinka hyvin hän tuntee

ongelmien kirjon. Suhtautumisen voisi jakaa nelikenttään herkkä yksilö-kuka tahansa, lievä oire-vakava oire.

8.1 Herkemmin oireileville ongelma

Sisäilmaan liittyvät terveyshaitat kuvattiin osassa aineistoa lähinnä tietyn, muuta väestöä herkemmin oireilevan ihmisryhmän ongelmana. Herkistyneiden kohdalla elämänpiiri saattaa kaventua, jos ei voi olla töissä, kotona tai kummassakaan paikassa. Pahimmillaan hengityksen salpautuessa on jouduttu kutsumaan ambulanssi paikalle. Myös sairaalassa asioidessaan osa potilaista kieltäytyy tulemasta tiettyihin rakennuksiin niiden sisäilmaongelmien takia. Potilaiden arveltiin kuitenkin varovan joskus liikaakin tiettyjä tiloja.

Joidenkin yksilöiden kohdalla voi olla hyvinkin vakava, et se muuttaa niiden elämää merkittävästi ja todennäköisesti on totta. Et kyl mä pidän sitä siinä mielessä merkittävänä, mut ei se varmaan niinku yhteiskunnan kannalta välttämättä ole, ei se yleensä juuri johda kuolemaan eikä se runtele elimistöä, et elintoiminnot ei muutu, vaan se on tämmöstä oireilua. (H12)

Haastatteluissa tuli ilmi astman yleisyys Suomessa. Helsinkiläisistä 10 %:n kerrottiin sairastavan sitä (FinEsS-tutkimus, Haahtela ym. 2008, 9). Osa astmoista on kosteusvaurioperäisiä, ja tällä mainittiin olevan myös kansanterveydellistä merkitystä, mutta psyykkinen ahdistus nähtiin astmaa suurempana haittana pelon ollessa voimakasta. Terveyshaittojen ei näissä näkemyksissä nähty aina olevan todellisia tai ainakaan kovin merkittäviä:

– – Välttämättä lääkärin tehtävä ei ole olla aina samaa mieltä. Se ei välttämättä ole potilaan etu, että aina viimeiseen asti ollaan samaa mieltä, että joskus se voi olla potilaan etu, että pyritään saamaan potilas havaitsemaan, että välttämättä kaikki mitä potilas itse kokee sisäilmaongelmaksi, niin ei välttämättä ole, tai jos se olisikin, että se ei olisi niin vaarallista kuitenkaan. (H5)

Tähän ei oo yleisesti ottaen mikään vakava. Se ei voi mitään vakavaa sairautta aiheuttaa. Mutta voi aiheuttaa runsaasti oireilua, kiusallista oireilua, just nää limakalvoärsytysoireet, ja varsinkin sitte jos tulee astmaa, astma on kyllä nykylääkkeillä hyvin hoidettavissa, hallittavissa. Se on kiusallinen, muttei vakava ongelma. (H4)

Pysyvien invaliditeettien kerrottiin olevan harvinaisia, mutta pitkään jatkuneen altistuksen kohdalla eläketasoisia ratkaisuja on työelämästä joidenkin kohdalla tehty. Lääketieteen sanottiin myös ampuneen yli sisäilmaongelmien liioittelussa, kun syy-suhteesta sisäilman ja terveyshaittojen välillä ehdittiin nostaa kohu ja tehdä liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä hatarin tiedoin.

Et jos tällä hetkellä voisi tähän asiaan vaikuttaa, niin minusta se oleellinen viesti pitäis olla tää vanha sanonta, joka ei oo enää muodissa, että "Nou hätä". Siis et se viesti pitäis nyt saada menemään eteenpäin. (H8)

Kansanterveydellisesti sisäilmaongelmat eivät vaikuttaneet näiden lääkäreiden mielestä olevan merkittävä ongelma. Kosteusvaurioiden sijaan tupakka mainittiin suurimpana sisäilmahaittana sen syöpävaarallisten kemikaalien takia. Rakentamisen laatuongelmat nähtiin kuitenkin terveyshaittoja aiheuttavana kansantaloudellisena ongelmana. Esimerkiksi saman ongelmakohteen toistuva korjaaminen oireiden jatkuessa on taloudellista haaskausta, koska se on suhteessa hyötyyn kohtuutonta.

8.2 Kansanterveyttä uhkaava ongelma

Ilmiön uutuus ja seurantatutkimusten puute hankaloittavat sisäilmaongelmien terveysvaikutusten arviointia. Yksi paljon sisäilmasta sairastuneiden kanssa tekemisissä oleva lääkäri kertoi, että ilmiö vaikuttaa heidän näkökulmastaan vakavalta, mutta kokonaisuudesta hän ei osaa sanoa. Pitkän aikavälin seurantaa esimerkiksi sisäilmaoireita saaneiden eliniästä ei ole tehty.

Useat haastateltavat olivat vakuuttuneita sisäilmahaittojen laajemmasta merkityksestä. Sisäilman epäpuhtauksien sanottiin varmuudella lisäävän ja pahentavan allergisia sairauksia, mistä tulee aikanaan myös valtava lasku yhteiskunnalle. Huolestuneimmat

lääkärit pitivät ilmiötä kansanterveydellisenä ongelmana:

Kyllähän se on yks merkittävimpiä tän hetken kansanterveysongelmia, lihavuuden ohella.
(H7)

Tämä on kansanterveydellinen ongelma aivan ehdottomasti, ne on niin tavallisia. Semmoista aikuista ihmistä ei olekaan, joka ei olisi jossain hometalossa ollut ja altistunut lyhyempiä tai pidempiä aikoja. – – Edes lapset ja raskaana olevat naiset pitäisi pelastaa altistumiselta. (H9)

Ilmiön vakavuutta korostaneet lääkärit kertoivat, että pahimmillaan ne voivat johtaa henkilökohtaiseen konkurssiin ja katastrofiin, jos perhe menettää omaisuutensa ja terveytensä. Asunnon muistutettiin olevan ihmisille usein elämän tärkein investointi, ja hometalon kohdalla siihen liittyy monenlaista murhetta taloudellisten seuraamusten ja oikeudenkäyntien takia. Sisäilman epäpuhtauksien sanottiin varmuudella lisäävän ja pahentavan allergisia sairauksia, mistä tulee aikanaan myös valtava lasku yhteiskunnalle.

Yksi lääkäri kuvasi tyypilliseksi tapaukseksi sellaista, jossa perhe muuttaa uuteen taloon, ja ensin sairastuvat lapset ja äiti miehen ollessa paljon töissä. Remontin alkaessa saatetaan huomata vahinkojen yllättävä laajuus, rahat loppuvat kesken, mistä seuraa riitoja ja mahdollisesti avioero. Pahimmassa vaihtoehdossa koko perhe on sairastunut ja seuraavakin asunto saattaa olla huonokuntoinen. Sosiaalivirasto ei puolestaan tue perheitä, joilla on omaisuus kiinni edellisessä hometalossa.

Työpaikallaan sairastunut voi pahimmassa tapauksessa saada potkut eikä useissa tiloissa oireilevan ole helppoa löytää uutta työpaikkaa. Karmeiksi kohtaloiksi kuvattiin niitä, joissa herkistyneimmät päätyvät elämään köyhyydessä sukulaisten parvekkeille tai telttoihin. Vakavasti oireilevien määrän arveltiin olevan useissa tuhansissa, mutta luvun suuruusluokka voi olla mitä tahansa, koska ”ollaan vain arvailujen varassa”.

Ärsytysoireiden ja hengitystietulehdusten lisäksi sisäilmaongelmista kerrottiin seuraavan osalle potilaista reumaattisia nivelsairauksia, neurologisia oireyhtymiä ja erilaisia autoimmuunisairauksia. Fibromyalgian, kroonisen väsymysoireyhtymän ja

monikemikaaliherkkyyden sanottiin osassa tapauksia menevän päällekkäin kosteusvauriotalossa altistumisen kanssa.

Sairas rakennus -oireyhtymä oli yhden lääkärin mielestä erityisen hyvä termi kuvaamaan sitä, että pysyvän herkkyyden saanut henkilö voi saada hometalossa oireita, jotka rakennuksesta poistuessa lievenevät tai häviävät. Termi ei vaikuta ainakaan haastatteluiden perusteella olevan kovin yleisessä käytössä Suomessa, koska moni haastateltava ei maininnut sitä.

Potilaat ovat kysyneet sisäilman yhteydestä kilpirauhas-, suolisto- ja ihosairauksiin sekä syöpiin, mutta heille joutuu vastaamaan, ettei tietoa ole, sanoi yksi haastateltava. Toinen lääkäri piti potilaiden taholta tulevia syöpäväitteitä liioitteluna mutta totesi, ettei syöpiä heillä tutkita siitä näkökulmasta, että sisäilma olisi voinut sairauden aiheuttaa. Muutama lääkäri toi syövä esiin mahdollisena sisäilmaongelmien aiheuttamana seurauksena:

– ja nyt tutkitaan paljon lisääkö tällainen pitkäaikainen altistus syöpien määrää. Sitä ei tiedetä vielä tällä hetkellä, mutta se on täysin mahdollista, koska krooninen tulehdus on yks merkittävä syöpäriskitekijä, ja tää tekee kroonista tulehdusta. Syövän itämisaika lainausmerkeissä on 10-15 vuotta, eli se on hyvin hidas prosessi. (H1)

Eräs lääkäri toi puolestaan syövän esiin esimerkkinä vaihtoehtoisesta selittäjästä oireille: potilas on ollut vakuuttunut, että sisäilma aiheuttaa hänen oireensa, mutta häneltä onkin löytynyt syöpä. Syy voi siis löytyä muualtakin kuin ympäristöstä, lääkäri huomautti. Haastatteluaineiston perusteella syöpä vaikuttaa olevan suuri kysymysmerkki sisäilmaongelmien kohdalla, mutta syöpien suuren määrän takia se on hyvin mielenkiintoinen kysymys. Kuinka suuri osa kansansairauksista voisi liittyä muihinkin elintapoihin kuin paljon puhuttuihin huonoon ravintoon ja liikunnan puutteeseen?

Haastatteluiden perusteella sairastuneet törmäävät byrokratian hitauteen ja toimintamallien puutteeseen. Yhteistyö ja tiedonkulku eri tahojen välillä ei lääkäreiden mukaan toimi moitteettomasti. Yksi haastateltava uskoi, että ongelmat vähenisivät, jos ne otettaisiin painopistealueeksi, kuten aikanaan HIV, jota sairastavien tilanne on kohentunut huomattavasti.

Lääkäreiden näkemykset sisäilmahaittojen vakavuudesta eroavat edellä mainittujen esimerkkien perusteella jopa räikeästi toisistaan. Ääripäinä potilaan neuvomisessa olivat ”Usko hajuaistiasi”, ”Etsi terve koti ja työpaikka” ja toisaalta ”Ei pelkoa, se ei ole niin vaarallista”. Myös edellä mainitut viestit ”Pelastetaan edes lapset ja raskaana olevat naiset” ja ”Pitäisi sanoa, että Nou hätä!” antavat hyvin erilaisen kuvan ongelman vakavuudesta. Potilaan etu nähdään hyvin eri tavoin riippuen siitä, pidetäänkö vakavampana psyykkistä ylireagointia vai olosuhteiden vaarallisuutta. Vähemmän värikkäissäkin käsityksissä näkemykset erosivat sen suhteen, nähtiinkö ongelma vähemmistöä koskevana ja suhteellisen lieviä (”kiusallinen”/”ei runtele kehoa”) terveysongelmia aiheuttavana vai kansanterveydellisenä ongelmana.

Sairastumiseen liittyvät sosiaaliset ja taloudelliset kriisit tulivat ongelman vakavuutta korostaneiden lääkäreiden puheissa esiin, samoin kuin päällekkäisyys muiden toimintaa rajoittavien sairauksien kanssa. Moninaisen oireilun ja sairauksien lisäksi korostui oireilun kroonistuminen pysyvästi herkistyneiden potilaiden kohdalla ja syrjäytymistapausten tuntematon lukumäärä.

8.3 Pohdinta

Luvuissa 4 ja 5 tuli esiin lääkäreiden erilainen suhtautuminen lääketieteen saavuttamaan tietoon ja mahdollisuuksiin antaa vastauksia, sekä psykososiaalisten tekijöiden osuus oireilussa. Lisäksi suhtauduttiin eri tavoin potilaan kykyyn arvioida oireiden syy ja vakavuus. Vakavuutta koskevat näkemyserot tässä luvussa lisäävät vaikutelmaa hajanaisista käytännöistä vastaanotoilla. Käytännössä vaikuttaa olevan kyse sana sanaa vastaan -tilanteesta.

Erään yhdysvaltalaisen lääkäreistä koostuvan tutkimuskomitean mukaan sisäilmakiistan osapuolten näkemykset eroavat muun muassa siinä, että torjuvasti ilmiöön suhtautuvat (”nay-sayers”) jättävät klinisen kokemuksen väitteidensä ulkopuolelle eikä heillä ole tieteellisiä perusteita väitteidensä tueksi. He eivät myöskään huomioi epidemiologisesti hyväksyttyä syyn ja seurauksen suhdetta, kieltävät kosteusvauriorakennusten sisäilman tekijöiden moninaisuuden, joka on varsinainen altistuksen ”annos” sekä geneettiset erot herkkydessä sairastua. Tutkijat huomauttavat, että kosteusvauriorakennus on uniikki

ekologinen lokero, jota ei ole uusinnettu laboratorio-olosuhteissa eikä sitä ole toistettu yksittäiseen annokseen perustuvissa altistustutkimuksissa. Virheellistä on muun muassa olettaa, että yksittäisiin annoksiin perustuvat rotilla tehtävät tutkimukset korreloisivat pitkäaikaiseen altistukseen ihmisten kohdalla, että altistumiseen reagointi olisi lineaarista suhteessa annokseen tai että olisi oleellista tutkia yksittäisiä komponentteja sisäilmasta. (Shoemaker 2010, 103-104.)

Se, miten ongelmallista kiistanalaisuus, kirjavat käytännöt ja sairastuneiden epävirallinen sairausstatus ovat, riippuu siitä, miten vakavasta terveysongelmasta on kyse. Putuksen (2010) mukaan vakavat yleisoireet, neurologiset oireet, kudosis- ja elinvauriot ja autoimmuunisairaudet liittyvät pitkäaikaiseen altistumiseen mikrobeille ja niiden toksineille. Joissakin vauriokohteissa on havaittu harvinaisten sairauksien ryvästymiä ja yksittäisiä selittämättömiä kuolemantapauksia. Tutkimustulokset vakavista sairauksista ovat vasta alustavia. (Putus 2010, 9.) Ottaen huomioon kosteusvaurioisten rakennusten suuren määrän, joista moni on päiväkotia tai koulu, voisi olettaa monen altistuvan pitkäaikaisesti sisäilman epäpuhtauksille.

Haastatteluissa mainittiin syövän tuntematon yhteys sisäilman myrkkyihin. WHO:n mukaan mikrobit kykenevät tuottamaan solumyrkkyisiä yhdisteitä, ja ne saattavat aiheuttaa syöpäriskiä myös sekundäärisen mekanismin kautta esimerkiksi kroonista tulehdustilaa pahentamalla. (WHO 2009, 88.) Syövän ehkäisyn tutkimusta ei priorisoida kovin korkealle. Jos arvioiden mukaan jopa 90 % syövästä voi johtua ympäristötekijöistä, niin miksi lääketieteellinen tutkimus ja hoito keskittyvät parantamiseen ennaltaehkäisyn sijaan, tutkijat ovat pohtineet. (Epstein 1979; Muir & Sasco 1991, ref. Conrad 2005, 63.)

Yksi sisäilmapäästö ovat muovimatot, jotka voivat joko huonon laatunsa takia tai kastuessaan erittää ftalaatteja ja 2-etyyliheksanolia sisäilmaan (Pekkanen & Nevalainen 2007, 41). Tuoreiden epigeneettisten, molekyylibiologian alaan kuuluvien, tutkimusten mukaan muun muassa BPA:lle, ftalaateille ja 2-etyyliheksanolille altistumisella saattaa olla yhteys syöpien ja diabeteksen kehittymiseen, lisääntymisterveyteen ja perimän muutoksiin. (Ks. esim. Singh & Li 2012; Wu ym. 2010). Epigenetiikka muuttaa käsityksiä aikaisemmin perinnöllisiksi oletetuista sairauksista, kun alkaa olla viitteitä ympäristövaikutusten osuudesta niiden kehittämisessä. (Stein & Davis 2012, 213, 216.)

Astma on tunnettu kansansairaus, mutta se ei ole ainoa sisäilmaan liittyvä terveysongelma. Pohdin, miten kansansairaus ja sen varsinainen aiheuttaja tunnistetaan terveydenhoito- ja viranomaisjärjestelmässä. Winslow (1923) on määritellyt kansanterveyden sosiaalisen toiminnan kentäksi, joka yhdistää kemiaa, bakteriologiaa, tekniikkaa, tilastoja, fysiologiaa, patologiaa, epidemiologiaa ja jossain määrin sosiologiaa yleisöä palvelevaksi ohjelmaksi. (Winslow 1923; ref. Kotchian 1997, 246.) Jos ongelmaa ei pidetä vakavana, edellä mainittuja välineitä tuskin käytetään kansanterveydellisen riskin paikantamiseksi. Jos sisäilma aiheuttaa sekä vakavia että laajoja ihmisjoukkoja koskevia terveysongelmia, lienee yksi keskeinen ongelman tunnistamisen edellytys se, että vakava oire tai sairaus tulee yhdistetyksi sisäilmaan.

Ympäristöterveysongelma voi olla hankala tunnistaa, jos se kehittyy vähitellen ja salakavalasti rakenteissa. Poliittikka puolestaan on usein toiminnan syklisyydessään lyhytnäköistä. Ulrich Beck lanseerasi riskiyhteiskunta-käsitteen tarkoittaen sitä, että yhteiskunnan ulkopuolista luontoa ei myöhäisteollisessa riskiyhteiskunnassa enää ole ja ympäristöuhat ovat muuttuneet hitaasti kehittyviksi ”kissan tassuin hiipiviksi”, kuten kemiallisten myrkkujen leviäminen. Päästöjen ja laskeumien vaaraa ei ehkä huomata kuin vasta vuosien päästä. (Beck 1986; ref. Valkonen & Saaristo 2010, 17.) Ehkä sisäilmaongelmiin pätee sama, viive huomaamatta kehittyvien haittojen ja niihin puuttumisen välillä.

Nykyaikaisen rakentamisen trendi on energiatehokas rakentaminen, ja vaikka ilmanvaihto on kiinteä osa modernia rakentamista, ei sisäilman laatu ole näkymättömyydessään vakiintunut osa-alue asumisessa ja muussa sisäympäristöjen käytössä. Taloja ei rakenneta ensisijaisesti terveellisiksi tiloiksi olla ja asua, vaan niistä pyritään tekemään ennen kaikkea energia- ja kustannustehokkaita. Sisäilmaa ei pidetä omana ”ekosysteeminään”, kokonaisuutena, jolla voisi olla merkittäviä vaikutuksia hyvinvointiin ja terveydentilaan. Äkkiseltään kuulostaa erikoiselta ajatella sisätiloissa olemista ”altistumisena”, koska sisällä oleminen ja eläminen on jotain, jota ihmiset ovat aina tehneet. Se on ollut aina itsestäänselvyys ja välttämättömyys. Kulloisetkin tilanteet ovat kuitenkin aina valintojen tulosta ja valinnoilla on väistämättä seurauksia, joista osa voi olla epäedullisia ja tulla ilmi viiveellä.

Järjestelmän kyvyttömyys tunnistaa oireiden syytä vaikuttaa myös yksilön kykyyn tunnistaa omassa elämäntilanteessaan terveysongelmiensa syy-seuraussuhteita, jos niistä ei ole saatavilla tietoa. Esimerkiksi haastatteluissa mainittuja reumaa, autoimmuunisairauksia ja neurologisia oireyhtymiä harva osaa yhdistää sisäilmaan, jos lääkärikään ei sitä tee. Tunnistamattomuus voi johtaa terveysongelman pahenemiseen, jos oireiden aiheuttajaa ei poisteta. Rakennetun ympäristön ja sosiaalisen ympäristön välillä vaikuttaa olevan tietokatkos. Oireilevien tunnistamattomuuden lisäksi oireita aiheuttavien rakennusten tunnistamattomuus on osa ongelman kasvua, sillä ongelmarakennuksiin tulee aina uusia ihmisiä sairastumaan niissä jo sairastuneiden tilalle niin kauan, kunnes toimenpiteisiin ryhdytään.

Tieto on tarpeen, jotta kansansairauksia voitaisiin tunnistaa ja ryhtyä sekä parantaviin että ennaltaehkäiseviin toimiin. Oma kysymyksensä on, riittääkö tieto ja ongelmien tiedostaminen. Haastatteluissa kaivattiin lisää faktatietoa sisäilman ja sairastumisen yhteydestä, mutta vaikka tietoa olisikin, se ei välttämättä näy käytännön tasolla, jos sitä ei välitetä sinne.

Weiss (1991) on sanonut, että useat eri tekijät vaikuttavat siihen, miten tutkimus vaikuttaa politiikkaan, kuten muoto, jossa tutkimustulokset välitetään. Ei ole takeita, että esimerkiksi tilastotietoon tartutaan. Ideat ja kritiikki ovat joustavampaa tietoa, johon politiikan tekijät tarttuvat valikoivasti. Poliittinen ilmapiiri, tutkimuksen laadullinen pätevyys ja tutkijoiden taito levittää ja lobata tietoa vaikuttavat lopputulokseen. Tutkimustieto ei automaattisesti saa poliitikoita haluamaan muutosta, sillä esimerkiksi tupakan kohdalla monissa maissa selvä todistusaineisto keuhkosityövän ja tupakoinnin yhteydestä ei ole vaikuttanut tupakoinnin markkinointisäädöksiä kiristävästi. (Weiss 1991; ref. Walt 1996, 183-185.) Nykyään tupakoinnin mainontaa ja tupakointia on monissa maissa rajoitettu, mutta prosessit ovat kestäneet pitkään.

Aronowitzin mukaan lääketieteen arvovalta perustuu pitkälti spesifisiin interventioihin. Sekä maallikoihin että lääketieteen alalla työskenteleviin vetoaa enemmän esimerkiksi kolesterolia alentava lääke kuin keinot, joilla voitaisiin tukea terveellisemmän ruoan tuotantoa. Sosiaalisten ja ympäristötekijöiden tutkimusta ja epäspesifejä ennaltaehkäisykeinoja syytetään helposti epätieteellisyydestä. (Aronowitz 1998, 135.)

Tieteen kielenkäyttö häivyttää poliittisia valintoja kannattaessaan kiistanalaisen epidemiologisen tai toksikologisen tutkimustiedon kohdalla nykytilanteessa pysymistä, status quoa. Jos ihmisiä suojellaan vaillinaisesta tai kiistanalaisesta todistusaineistosta huolimatta, se katsotaan tieteellisen sijaan eettiseksi valinnaksi, vaikka vaikeneminen ei ole sen neutraalimpi teko. (Tesh 1996, 170-171.) Instituutioiden toimintaa koskettava muutos ei ole toivottu, jos muutosta pidetään haitallisena toimijoille itselleen. Brownin mukaan perinteisen tieteen tekijät ja tukijat eivät mielellään kyseenalaista poliittisia, taloudellisia ja intellektuaalisia vallan lähteitä eivätkä teorioitaan ja metodejaan. Muutokset ammatillisiin ja institutionaalisiin järjestelyihin eivät ole toivottuja, koska ne ovat uhka rahoitukselle, vaikutusvallalle ja perinteelle. (Brown 1995, 103.)

Vaikka tieteellinen tieto on tärkeää ympäristötiedon kartuttamisessa, erikoistunut tieto ei riitä yhteiskunnan ympäristösuhteen ymmärtämisessä. Kapea-alaisuus estää asiantuntijoita ymmärtämästä kaikkia ongelmia yhteiskunnallisine ja kulttuurisine seurauksineen. (Ylönen 2010, 99.) Ympäristöongelmat ovat monien muiden yhteiskunnallisten ongelmien tapaan moniongelmia eikä niitä voi ratkoa vain yhden asiantuntijuuden avulla. Moniala-asiantuntijalle olisi kysyntää, mutta käytännössä tällaisia ei ole, on ainoastaan ristikkäisiä mielipiteitä, riskiarvioita ja tapoja kehystää ongelma erilaisine käytänteineen. (Saaristo 2000, 116.)

Toisaalta ongelman tiedostaminen sekä korjaamiselle asetetut ohjeet ja tavoitteet eivät takaa, että ne myös toteutettaisiin. Esimerkiksi EU-komission rahoittama EnVIE-projekti vuosina 2007-2008 keskittyi lisäämään ymmärrystä sisäilman terveysvaikutuksista. Loppuraportissa todettiin, että kansalliset säädökset on kirjoitettu rakennusmääräyksiin, mutta ne ovat melko teknisiä eivätkä käsittele ympäristöterveysasioita kuin satunnaisesti. Tavoitteena on muun muassa vesivahinkojen ja kosteuden tiivistymisen estäminen, mutta kunnollista arviointia ja seurausten tarkastelua ei ole tehty. (EnVIE 2009, 60.)

Yhteiskunnassa kukaan ei vastaa siitä, että kaikki hallintaa tai interventiota edellyttävät asiat ovat yhteiskunnan toimintaympyrän sisällä, ja että yhdestä sektorista eteenpäin delegoitu asia hoidetaan loppuun muissa sektoreissa. Modernista yhteiskunnasta puuttuu puhemies ja sisäinen edustus, ja yksi tapa estää muutosta on olla tekemättä mitään, kunhan ketään ei syytetä siitä (Dunlap ym. 2002, 128-129).

Niklas Luhmannin mukaan yhteiskunta koostuu eriytyneistä osajärjestelmistä, jotka ovat suuntautuneet itselleen ominaiseen toimintaan oman toimintalogiikkansa mukaisesti. Esimerkiksi talouden järjestelmän pyrkimyksenä on voittaa aikaa ja muodostaa pääomaa kaikkina ajankohtina. Koska järjestelmä muodostaa oman aikahorisonttinsa ja oman kiireensä, ei voida odottaa, että sen ajallisuus olisi sopusoinnussa muiden, kuten ekologisten prosessien, ajallisuuden kanssa. Ympäristönsuojelijoita huolestuttaa kuitenkin ennen kaikkea ajan hukkaaminen. (Luhmann 2004, 101.)

Mielenkiintoinen huomio on, että muutoksen esteet koskevat myös järjestökenttää. Steven Yearley (2002) on todennut ympäristöongelmien sosiaalista rakentumista pohtiessaan, että ympäristön puolesta kampanjoivat organisaatiot kärsivät organisationaalisesta jäykkyydestä siinä mielessä, että he joutuvat priorisoimaan tiettyjä kampanjoita ja vahvistamaan saavuttamaansa asemaa tiettyjen asioiden edistämisessä. Sen vuoksi järjestöt ovat haluttomia kampanjoimaan kovalla työllä saavuttamansa asiantuntemuksen ulkopuolisissa asioissa. Yleisön huomion kohteeksi eivät nouse vakavimmat ympäristöongelmat, vaan ne, joiden nostamiseksi on tehty tehokkaimmin töitä. (Yearley 2002, 276.)

Ristiriidat ja kiistanalaisuudet eri toimijoiden välillä herättävät kysymyksen, miten eri toimijoiden intressit sopivat yhteen. Yhteisön etu ei välttämättä käy aina yksin yksilön edun kanssa. Järjestelmän stabiliteetti voi kärsiä perustavaa laatua olevien rakenteellisten ja laajaksi kasvaneiden ongelmien rehellisestä esiintuomisesta, joten stabiliteetin suojelijat ja valvojat joutuvat roolinsa myötä tarkastelemaan asioita ja toimimaan toisin kuin yksittäiset kansalaiset. Tämä näkökulma on tullut esiin esimerkiksi rokatekeskusteluissa. Viranomaisten kannalta yhteiskunnallisia, kuten ympäristöongelmia ei haluta tuoda kansalaisten tietoisuuden liian rehillisesti, jotta ihmiset eivät säikähdä ja tee paniikkimaisia ja yhteiskuntajärjestelmän stabiliteetille epäedullisia ratkaisuja arjessaan. Valtion on ajateltu Ranskan vallankumouksesta lähtien olevan velvollinen vaalimaan kansalaisten terveyttä. Oikeus terveyteen on kuitenkin historiallisesti vaihteleva periaate, johon vaikuttavat poliittiset suhdanteet, yleinen arvoilmapiiiri ja yhteiskunnan voimavarat. Periaatteellisista velvollisuuksista huolimatta käytännön realiteetti on, että hallinnallistuneessa valtiossa terveys on politisoitunut, ja politiikkaa harjoittavat lääkärikunta ja muut terveydenhuollon edustajat sekä paikallishallinto valtion toimiessa

etäältä yhtenä toimijana muiden joukossa. Muut toimijat voivat silti painostaa valtiota edistämään terveydenhoitoa esimerkiksi lainsäädännön avulla. (Helén & Jauho 2003, 19-20, 25.)

Tässä luvussa esiin tuotujen huomioiden perusteella ei ole yksiselitteinen asia, että yhteiskunnallisia ongelmia, tässä tapauksessa sisäilmasta sairastumista, osataan tunnistaa ja paikantaa ongelmat niiden alkulähteille siten, että niihin voidaan puuttua tarkoituksenmukaisella tavalla. Tieteellisen tiedon kohdalla oleellista eivät ole ainoastaan olemassa oleva tutkimustieto, vaan se, mitä tutkimuksia on tehty ja mitä jätetty tekemättä. Myös tutkimusten toteutus ja tulkinta on toki yhtä tärkeää. Poliitiikan kohdalla yhteiskunnalliseen ongelmaan puuttuminen edellyttää halua hyödyntää tieteellistä tietoa ja nähdä ilmiö kokonaisvaltaisesti, jotta ennaltaehkäisy on mahdollista. Tutkimustietoa ja sairastumisen vakavuutta koskevat kiistat ja taloudellisten intressien väistämätön läsnäolo herättävät kysymyksen, pidetäänkö yhteiskunnallista ongelmaa, kuten terveysongelmaa aina intervention arvoisena.

9. Johtopäätökset

Keräämäni ja analysoimani haastatteluaineiston perusteella sisäilmasta sairastuneita hoitavat lääkärit suhtautuvat eri tavoin terveysongelman diagnosointiin ja sen laajuuteen, syihin ja vakavuuteen. Tällöin myös hoitomahdollisuudet ja toimenpidesuositukset eroavat toisistaan riippuen siitä, pidetäänkö oireiden syynä sisäilmaongelmia vai muita tekijöitä, kuten työpaikan ilmapiiriä tai potilaan masentuneisuutta. Sekä esiintuomassani taustakirjallisuudessa että haastatteluaineistossani lääkäreiden näkemykset jakautuivat kahtia tässä suhteessa.

Selkeää toimintamallia sisäilmasta sairastuneiden hoitamisessa ei ole käytössä. Toiset lääkärit edellyttivät vallitsevan näyttöön perustuvan lääketieteen käytäntöjen mukaisesti konkreettista näyttöä, mitattavuutta ja eksaktiutta, jotta voisivat olla varmoja oireiden aiheuttajasta. Todisteiden pitäisi löytyä potilaan kehosta. Toiset lääkärit korostivat kokemuksen tuomaa tietoa, sekä omaa kokeneisuuttaan että potilaan kokemusta terveydentilastaan ja käsitystä sen taustasyistä. Heille konkreettisen näytön puutteen aiheuttama epävarmuus ei tarkoittanut potilasta kohtaan herännyttä epäluottamusta. Päinvastoin he luottivat sekä potilaan tarjoamaan tietoon tilanteestaan että tämän kykyyn arvioida tilanteensa oikein.

Haastattelujen perusteella lääkäreiden tämänhetkiset mahdollisuudet auttaa sisäilmasta sairastuneita ovat keinoina ainakin suositusten ja lausuntojen antaminen koskien esimerkiksi työpisteen vaihtamista, potilaan tukeminen selittämällä oireiden syitä ja muun muassa hengityselinoireiden lievittäminen lääkkeillä. Epäselväksi jäi muun muassa, miten potilaan tilanteen kehittymiseen vaikuttaa se, sairastuuko hän kotonaan vai työpaikalla, minkä alan lääkäri hän päätyy (oireiden ja lääkäreiden erikoistumisalojen erot), missä kunnassa hän asuu, minkälainen on hänen asemansa työpaikalla ja kuka on hänen työnantajansa. Ei ole varmaa, kohtaavatko lääkärin vastaanotolla oikeanlaiset oireet ja oikeanlainen erikoisosaaminen. Nämä eroavaisuudet vaikuttavat varmasti muistakin terveysongelmista sairastuviin, mutta sisäilmaongelmien suhteen toimintamenetelmät vaikuttavat olevan hyvin hajallaan.

Monet lääkärit ja potilaat ovat yhtäläillä hämmentyneitä ongelman edessä. Lääketieteen sisäinen kiista kertoo siitä, että tämän ympäristölähtöisen terveysongelman kanssa asiantuntijuus joutuu törmäyskurssille, ja sen rajat tulevat vastaan. Ympäristön ja ihmisen vuorovaikutus aiheuttaa ongelmia myös rakennetussa ympäristössä eikä niiden havaitseminen ja seurausten käsittely ole tällä hetkellä hallinnassa. Tuntematon ja kiistanalainen sairastaminen aiheuttaa toimenpiteiden puutteellisuutta ja jättää kysymyksen ennaltaehkäisystä avonaiseksi.

Pro gradu -työni tutkimuskohde on ollut terveysongelman yhteiskunnallisen tunnistamisen haaste, eli tässä tapauksessa ei-vakiintuneen ja autorisoimattoman sisäilmasta sairastumisen tunnistaminen lääketieteessä ja terveydenhoitojärjestelmässä. Lisäksi olen tuonut ilmi terveysongelman tunnistamattomuuden problemaattisuutta sairastuneiden kannalta. Sisäilmaongelmia ilmiönä tutkiessa syntyi kuva, että valtaa on rakentajilla, työnantajilla, kiinteistöjen omistajilla ja terveydenhoitojärjestelmällä, mutta vastuuta ei sen sijaan vaikuta olevan kenelläkään ongelmien seurauksista ja hoidosta.

Talcott Parsons on korostanut terveyden luovan perustan tasa-arvoiselle ja täysimittaiselle kansalaisuudelle demokraattisessa yhteiskunnassa. Sairaus uhkaa yhteisön säilymistä ja kehittymistä. Terveydenhuolto kontrolloi sairauden hyväksytyt ilmenemismuodot ja määrittelee oikeuden sairaan rooliin, sairauden diagnoosiin, pätevään hoitoon ja parantumiseen sekä sairauden kestoon. Terveydenhuollon tavoitteena on sosiaalistaa sairas takaisin entiseen asemaansa. (Vaskilampi 2010, 64-68.)

Jos sisäilmasta sairastumisessa on kyse yhteiskunnan rakenteisiin liittyvästä ympäristösairaudesta, parsonsilainen sosiaalistamistavoite on vaikea toteuttaa. Ensinnäkin sen vuoksi, että ympäristösairaus ei ole vakiintunut, virallinen tapa sairastua ja toisekseen siksi, että terveydenhuollon interventio ei ole riittävä, jos kyseessä on ympäristösairaus. Kärkevästi ilmaistuna yksilö jää tästä näkökulmasta katsottuna pahimmassa tapauksessa heitteille vaaralliseksi rakennetun ympäristön ja terveystarkonrollin väliin.

Arkiajattelussa ei yleensä osata huomioida, että sisäilma on monimutkainen sekoitus erilaisia kemiallisia yhdisteitä, joiden kokonaisvaikutusta ei osata vielä tutkia. Monet tekijät vaikuttavat siihen, minkälainen sisäilma on epäterveellistä ja siihen, kenelle se on erityisen haitallista. Niin kauan kuin yksiselitteisiä tutkimusmenetelmiä sisäilman ja ihmiskehojen tutkimiseen ei ole saatavilla, ovat sisäilmasta sairastuneet erään haastatellun lääkärin sanoin tuuliajolla ja jäävät tilaan, jossa he eivät koe olevansa kunnossa, mutta eivät virallisesti sairaitakaan. He ovat toisin sanoen terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolella. Yksittäiset potilaat eivät tule tarkasti rekisteröidyksi ei-vakiintuneen terveysongelman kohdalla, jolloin myös sisäilmasta sairastumisilmiön laajempi kuva ja sairastamisen yleisyys tai vakavuus jäävät tunnistamatta.

Lääketieteen ja potilaiden todellisuudet eroavat toisistaan, koska oirekuvan moninaisuus ja vaihtelevuus ovat ristiriidassa olemassa olevien tutkimusmenetelmien ja sairausluokituksen kanssa. Yhteiskunta ja tiede elävät kuitenkin jatkuvassa muutoksessa: valmista ei tule koskaan, mutta sairastuneille ongelma on akuutti ja välitöntä ratkaisua vaativa. Tiedon puutteeseen viitattiin haastatteluissa, mutta tiedon kehityksestä huolimatta potilaat elävät todellisuudessa tässä hetkessä, mikä pitäisi ottaa huomioon vähemmän tunnettujen sairauksien kohdalla. Erityisesti sen takia, että tiedon muodostuminen ei ole selvä, puolueeton ja lineaarinen prosessi, vaan siihen liittyy vallankäyttöä ja taloudellisia intressejä. Toisaalta tutkimustietoa sisäilman terveyshaitoista on jo runsaasti, mutta viive tieteen ja klinisen terveydenhoidon käytäntöjen välillä koituu niiden maksettavaksi, jotka apua tarvitsisivat.

Esittelemieni taustatietojen ja empiirisen aineiston kautta on tullut esiin sisäilmaongelmien laajuus ympäristöterveysongelmana. Sisäilmasta sairastuminen ei ole vain tieteellinen ja terveystaloudellinen, vaan myös sosiaali- ja talouspoliittinen ongelma. Sairastuminen rasittaa todennäköisesti kansantaloutta sitä enemmän, mitä enemmän ongelman annetaan paisua. Rakennusten korjauskulujen lisäksi kustannuksia aiheutuu esimerkiksi lääkärissä käynneistä ja sairauspoissaoloista. Pysyvä terveyden heikentyminen uhkaa muun muassa työkykyä ja rajoittaa työskentelymahdollisuuksia.

Terveydenhuoltojärjestelmässä vakiintuneille sairauksille on olemassa valmiit hoitosuosituksot ja hoitomuodot sekä sosiaalipalvelut. Esimerkiksi liikkumisrajoitteisille vammaisille tarjotaan apuvälineitä ja tukiasuntoja. Uusien sairauksien kohdalla viive uuden ongelman ja sen ymmärtämisen välillä aiheuttaa sen, että ongelman vuoksi ensimmäisenä sairastuneet voivat jäädä vaille yhteiskunnan apua. Vaikeneminen ja ongelman vähättely ei edistä asiaa. Voisi ajatella, että ongelman tunnistaminen ja myös epävarmuuden ja epätäydellisuuden tunnustaminen sekä tieteessä että terveyspolitiikassa on varsinkin ilman omaa syytään sairastuneiden kohdalla vähintään mitä voidaan tehdä.

Lääkärit toivat myös esiin, että diagnoosi eli terveysongelman lääketieteellinen tunnistaminen ja potilaan terveydentilan parantaminen ovat eri asioita. Kenties ongelmaan tarttuminen ja hoitamisen vastuu on tällä hetkellä turhan paljon lääketieteen harteilla. Kuten aikaisempina aikoina, elinolosuhteisiin ja ennaltaehkäisyyn panostaminen voisi olla tehokkaampi keino edistää sisäilman laatua ja sairastuneiden tilannetta.

Näyttöön perustuvaa lääketiedettä on kritisoitu siitä, että se ei huomioi potilaan päivittäisten päätösten vaikutusta hoidon toimivuuteen eikä potilaan fyysistä ja sosiaalista elinympäristöä. Moskowitz ja Bodenheimer käyttävät astmaa esimerkkinä ja esittävät, että ollakseen toimivaa, NPL:n tulisikin ulottua vastaanoton ulkopuolelle ja vaikuttaa potilaan elinolosuhteisiin terveysinterventioiden kautta. Paremmat asumisolosuhteet ja puhtaampi ilma vaikuttavat suoraan potilaiden terveyteen. (Moskowitz & Bodenheimer 2011.) Sisäilmaongelmien kohdalla terveysneuvontaan perustuva terveydenhuollon interventio tuskin yksinään riittää. Yksittäisten potilaiden asumisen tapojen sijaan kyse vaikuttaa kosteusvaurioiden suuren määrän takia olevan laajemmasta rakennuskannan kuntoa koskevasta ongelmasta. Esimerkiksi siisteystason parantaminen, materiaalivalintoihin puuttuminen tai edes ilmanvaihdon parantaminen eivät vielä ratkaise ongelmaa.

Pohdin, mikä ajatellaan lääketieteen tehtäväksi: Onko se ihmisten parantamisen lisäksi tiedon lisääminen sairauksista niiden ennaltaehkäisemiseksi? Ja kuinka eksplisiittisesti tehtävää toteutetaan tautiluokitusjärjestelmään ja lääke-markkinoihin perustuvassa terveydenhuollossa? Matkan varrella kysymyksiä heräsi myös koskien sitä, mistä sairastamisesta – ei vain sisäilmaan liittyvässä, vaan sairastamisesta ylipäätään – on kyse,

ja miten se selitetään meidän kulttuurissamme. Sillä, ajatellaanko sairastaminen ja sairaudet mystisiksi tai luonnollisen välttämättömiksi, vai ihmisen ja ympäristön vuorovaikutuksen tulokseksi on merkitystä sen kannalta, kuinka paljon niihin ajatellaan voivan vaikuttaa, ei vain hoitamalla, vaan ennaltaehkäisemällä niiden syntyä.

On arvovalinta, etsitäänkö sairastumisen syytä potilaasta ja aletaanko esimerkiksi kehittää ihmisten vastustuskykyä geeniteknologian avulla, vai siirretäänkö huomio itse saasteisiin ja myrkkyyhin ja vähennetään ihmisten altistumista niille. Arvot ohjaavat tieteellistä ja taloudellista toimintaa. Kiinnostus pelkästään biologiseen tutkimukseen sisäilmaongelmissa voisi periaatteessa johtaa siihen, että ennemmin kun rakennetaan laatua, ryhdytään muokkaamaan ihmiskehon geenejä sietämään nykyisenkaltaista loputtomien teknologisten innovaatioiden tuottamia uusia kemiallisia ympäristöjä.

Olen tuonut tässä tutkielmassa esiin rakennettuun ympäristöön liittyvän sairastamisen ilmiönä, johon liittyy useita ratkaisemattomia kysymyksiä. Yhteiskunnallinen elämä on materiaaliseen hyvinvointiin tottuneissa länsimaissa keskittynyt sisätiloihin, joiden sisäilman ongelmien yleisyys on uhka hyvinvoinnille. Rakennusalan ja rakennusten huollon puutteista alkaa ketjureaktio, jossa muun muassa lääketieteellinen asiantuntijuus ja terveyspolitiikka joutuvat kansalaisten kanssa törmäyskurssille sisäilmasta sairastuneiden kehojen käyttäytyessä ennustamattomalla tavalla. Jäljelle jää kysymys ennaltaehkäisystä ja arvoista, siitä mitä pidetään tutkimisen ja ratkaisemisen arvoisena ongelmana. Tesh on todennut, että arvot ja faktat ovat yhteydessä toisiinsa eikä kumpikaan niistä ole täysin objektiivista tai subjektiivista. Tietyissä tilanteissa on syytä suosia tiettyjä arvoja toisten yli, koska tietynlainen yhteiskunta aiheuttaa vähemmän sairautta. (Tesh 1996, 6.)

Lähteet

Aikivuori, Anne 2001: Terveen rakennuksen evoluutio. VTT Rakennus- ja yhdyskuntatekniikka.

http://www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2001/terveen_rakennuksen_evoluutio.pdf.

Alaimo Stacy 2009: MCS Matters: Material Agency in the Science and Practices of Environmental Illness. *Topia* 21: 9-27.

Alasuutari, Pertti 2011 [1993]: Laadullinen tutkimus 2.0. Vastapaino. Tampere.

Aronowitz, Robert A. 1998: Making Sense of Illness. Science, Society and Disease. Cambridge University Press. New York.

Bowker C. Geoffrey & Star Leigh Susan 1999: Sorting Things Out. Classification and it's Consequenses. The MIT Press. Massachusetts.

Brown, Phil 1995: Popular epidemiology, toxic waste and social movements. Teoksessa: Gabe, Jonathan (toim.): Medicine, Health and Risk. Sociological approaches. Blackwell Publishers. Oxford.

Conrad, Peter 2005: Our Sickening Social and Physical Environments. Teoksessa: Conrad, Peter (toim.): The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives. Worth Publishers. New York.

De Luca, Chiara, Raskovic, Desanka, Pacifico, Valeria, Thai, Jeffrey

Chung Sheun & Korkina, Liudmila 2011: The Research for Reliable Biomarkers of Disease in Multiple Chemical Sensitivity and Other Environmental Intolerances.

International Journal of Environmental Research and Public Health 8 (7): 2770-2797.

Denzin, Norman K. & Lincoln Yvonna S. (toim.) 2000: Handbook of Qualitative Research. Sage Publications. Thousand Oaks.

Dumit, Joseph 2006: Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain, emergent illnesses. *Social Science & Medicine* 62: 577-590.

Dunlap, Riley E. & Buttel, Frederick H. & Gijswijt, August & Dickens, Peter (toim.) 2002: *Sociological Theory and the Environment. Classical Foundations, Contemporary Insights*. Rowman & Littlefield Publishers. Lanham.

Freund, Peter E.S. & McGuire Meredith B. 1991: *Health, Illness and the Social Body. A Critical Sociology*. Prentice-Hall. New Jersey.

Genuis, Stephen J. 2007: Clinical medicine and the budding science of indoor mold exposure. *European Journal of Internal Medicine* 18: 516–523.

Gibson Pamela Reed & Lindberg Amanda 2011: Physicians' Perceptions and Practices Regarding Patient Reports of Multiple Chemical Sensitivity. *ISRN Nursing*. 2011: 5 sivua.

Haahtela Tari, von Hertzen Leena, Mäkelä Mika & Hannuksela Matti 2008: Kansallinen allergiaohjelma 2008-2018 -aika muuttaa suuntaa. *Suomen Lääkärilehti* 14 (63): 9-21.

Heinonen Olli P, Helle Erkki-Pekka, Huttunen, Jussi, Koivikko Antti, Kreuz Karl Erik, Leppo Kimmo, Nordman Henrik, Saloranta Leo, Vanto Timo 1981: Rehuhiivapölyn aiheuttama ympäristöhaitta Äänekoskella. *Suomen Lääkärilehti* 25: 1996-2000.

Helén, Ilpo & Jauho, Mikko 2003: Luvut Johdanto ja Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.): *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Gaudeamus. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Helsinki.

Honkasalo, Marja-Liisa 2000: Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti? Teoksessa: Kangas, Ilka, Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.): *Terveys sosiologian suuntauksia*.

Yliopistopaino. Helsinki.

Kaila, Panu 1997: Talotohtori. Rakentajan pikkujättiläinen. WSOY. Helsinki

Kajanne, Anna, Eränen, Liisa, Leijola Maarit & Paavola Jura 2002: Homeongelma ja sen psykososiaaliset vaikutukset STM. Helsinki.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/home/0home.pdf>

Kotchian S. 1997: Perspectives on the Place of Environmental Health and Protection in Public Health and Public Health Agencies. *Annual Review of Public Health* 18: 245-259.

Kovanen, Tarja 2008: Paperityöläisten hiivasota : Paperiliiton ammattiosasto nro 13 ry eturyhmänä Äänekosken rehuhiivatehtaan ympäristökatastrofissa 1975-1980. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto.

Lillrank, Annika & Seppälä Ullamaija 2000: Sairauden ja terveyden kokemus maallikkonäkökulmasta. Teoksessa: Kangas, Ilka, Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.): *Terveyssosiologian suuntauksia*. Yliopistopaino. Helsinki.

Murphy, Michelle: *Sick Building Syndrome and the Problem of Uncertainty. Environmental Politics, Technoscience and Women Workers*. Duke University Press. Durham.

Louhiala, Pekka & Hemilä Harri 2005: Näyttöön perustuva lääketiede. Hyvä renki mutta huono isäntä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 21(12): 1317-1325.

Luhmann, Niklas 2004 [1990]: *Ekologinen kommunikaatio*. Suom. Sam Krause ja Seppo Raiski. Gaudeamus. Helsinki.

Moskowitz D. & Bodenheimer T. 2011: From evidence-based medicine to evidence-based health: the example of asthma. *Preventing Chronic Disease*; 8(6): A151.

Murtoniemi Timo 2003: Microbial growth on plasterboard and spore-induced cytotoxicity and inflammatory responses in vitro. University of Kuopio. Publications of the National Public Health Institute A 13.

Mykhalovskiy, Eric & Weir, Lorna 2004: The problem of evidence-based medicine: directions for social science. *Social Science & Medicine* 59: 1059-1069.

Pall M. L. 2009: Multiple Chemical Sensitivity: Toxicological Questions and Mechanisms Teoksessa: Ballantyne Bryan, Marrs Timothy C., Syversen Tore (toim.): General and Applied Toxicology. Wiley. New Jersey.

Pekkanen, Juha & Nevalainen, Aino 2007: Hengitysilma. Teoksessa: Mussalo-Rauhamaa, Helena, Paile, Wendla, Tuomisto Jouko & Vuorinen, S. Heikki.: Ympäristöterveys. Duodecim. Helsinki.

Phillips, Tarryn 2010a: Debating the legitimacy of a contested environmental illness. A case study of multiple chemical sensitivities. *Sociology of Health & Illness* 32 (7): 1026–1040.

Phillips, Tarryn 2010b: "I never wanted to be a quack!". *Medical Anthropology Quarterly* 24 (2): 182-198.

Phillips, Tarryn 2012: Repressive authenticity in the quest for legitimacy: Surveillance and the contested illness lawsuit. *Social Science & Medicine* 75: 1762-1768.

Putus, Tuula 2010: Home ja terveys. Kosteusvauriohomeiden ja hiivojen terveyshaitat. Suomen Ympäristö- ja Terveysalan Kustannus Oy. Pori.

Saaristo Kimmo 2000: Avoin asiantuntijuus. Nykylukulttuurin tutkimuskeskus. Jyväskylä.

Saaristo Kimmo & Jokinen, Kimmo: 2005 Sosiologia. WSOY. Helsinki.

Seppänen, Olli & Palonen, Jari 1998: Sisäilmaston kansantaloudelliset vaikutukset. Raportti 10. Sisäilmayhdistys ry. SIY Sisäilmatieto Oy. Helsinki.

Singh, S. & Li, S.-L. 2012: Epigenetic Effects of Environmental Chemicals Bisphenol A and Phthalates. *International Journal of Molecular Science* 13: 10143-10153.

Stein, Richard A. & Davis, Devra Lee 2012: Epigenetics: A Fascinating Field with Profound Research, Clinical & Public Health Implications. The American Biology Teacher 74 (4): 213-223.

Tesh Sylvia Noble: 1996 [1988] Hidden Arguments. Political Ideology and Disease Prevention Policy. Rutgers University Press. New Jersey.

Timmermans, Stefan & Berg, Marc: 2003: The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Temple University Press. Philadelphia.

Timmermans, Stefan & Mauck, Aaron 2005: The Promises And Pitfalls of Evidence-Based Medicine. Health Affairs 24 (1): 18-28.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

Valkonen, Jarno 2010: Ympäristösosiologinen luonto. Teoksessa: Valkonen, Jarno (toim.): Ympäristösosiologia. WSOYpro. Helsinki.

Valkonen, Jarno & Saaristo, Kimmo 2010: Luonto ja yhteiskunta –ympäristösosiologian lähtökohdat. Teoksessa: Valkonen, Jarno (toim.) 2010: Ympäristösosiologia. WSOYpro. Helsinki.

Vaskilampi, Tuula 2010: Talcott Parsons ja sairaan rooli. Teoksessa: Ashorn Ulla, Henriksson Lea, Lehto Juhani & Nieminen, Paula (toim.): Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Gaudeamus. Helsinki.

Vuorinen, Heikki S., Mussalo-Rauhamaa, Helena & Koivusalo, Meri 2007: Suomen ympäristöterveyden historiaa ja haasteita. Teoksessa: Mussalo-Rauhamaa, Helena, Paile, Wendla, Tuomisto Jouko & Vuorinen, S. Heikki.: Ympäristöterveys. Duodecim. Helsinki.

Walt Gill 1996: Health Policy. An Introduction to Process and Power. Witwatersrand University Press. London.

Wu, Shengde, Zhu, Jing Yasha Li, Lin, Tao, Gan, Liqiang, Yuan Xingang, Xu Mingdeng & Guanghui, Wei 2010: Dynamic Effect of Di-2-(Ethylhexyl) Phthalate on Testicular Toxicity: Epigenetic Changes and Their Impact on Gene Expression. International Journal of Toxicology 29: 193.

Yearley, Steven 2002: The Social Construction of Environmental Problems. A Theoretical Review and Some Not-Very-Herculean Labors. Teoksessa: Dunlap, Riley E. & Buttlet, Frederick H. & Gijswijt, August & Dickens, Peter (toim.): Sociological Theory and the Environment. Classical Foundations, Contemporary Insights. Rowman & Littlefield Publishers. Lanham.

Ylönen, Marja & Litmanen, Tapio 2010: Sosiologisia lähestymistapoja yhteiskunnan ympäristösuhteeseen. Teoksessa: Valkonen, Jarno (toim.): Ympäristösosiologia. WSOYpro. Helsinki.

Ylönen, Marja 2010: Tieto, tiede ja asiantuntijuus. Teoksessa: Valkonen, Jarno (toim.): Ympäristösosiologia. WSOYpro. Helsinki.

Verkkolähteet

Chemical Sensitivity Network Deutschland: MCS at ICD-10 in different countries, MCS recognition, MCS Science. http://csn-deutschland.de/mcs_disability.pdf (haettu 30.3.2013).

The Danish Research Center for Chemical Sensitivities.
<http://www.mcsvidencenter.dk/?site=2&side=13&id=327> (haettu 23.4.2013).

EnVIE. Co-ordination Action on Indoor Air Quality and Health Effects Activity Report 2009

<http://paginas.fe.up.pt/~envie/documents/finalreports/Final%20Reports%20Publishable/Publishable%20final%20activity%20report.pdf> (haettu 3.9.2012).

No Fun -blogi

<http://nofun-eva.blogspot.jp/2009/11/symposium-japan-recognition-mcs.html>
(haettu 30.3.2013).

OAJ 2012: Opetusalan sisäilmaselvitys 21.8.2012.

http://www.oaj.fi/pls/portal/docs/PAGE/OAJ_INTERNET/01FI/05TIEDOTTEET/_TIEDOTE210812/OPETUSALAN%20SISAILMASELVITYS%202012%20NETTI.PDF
(haettu 30.3.2013).

Pirinen, Juhani 2010: Kosteus- ja home talkoot. Toimenpideohjelma.

Ympäristöministeriö.

<http://uutiset.hometalkoot.fi/component/dpcontentplugin/files/download/20/Kosteus-20ja%20hometalkoot%20toimenpideohjelma.pdf/> (haettu 1.4.2013).

Shoemaker Ritchie C: (2010): POA Research Committee Report on Diagnosis and Treatment of Chronic Inflammatory Response Syndrome Caused by Exposure to the Interior Environment of Water-Damaged Buildings.

http://www.policyholdersofamerica.org/doc/CIRS_PEER_REVIEWED_PAPER.pdf
(haettu 1.4.2013).

TrVM Tarkastusvaliokunnan mietintö 1/2013 vp. Rakennus kosteus- ja homeongelmat.

http://web.eduskunta.fi/dman/Document.phx/~public/Katsaukset/Tarkastusvaliokunta_mietinto?folderId=%7Epublic%2FKatsaukset&cmd=download (haettu 3.5.2013).

WHO guidelines for indoor air quality: dampness and mould 2009.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43325/E92645.pdf (haettu 3.9.2012).

Seminaariesitykset

Viitanen Hannu, Ojanen Tuomo, Airaksinen Miimu. VTT: Kosteus- home- ja laho-
ongelmien ja –vaurioiden detektointi ja korjaus –mitä on opittu viimeisten 30 vuoden
aikana. Sisäilmastoseminaari 13.3.2013 Helsinki.

Koskentausta Kimmo: Onko sisäilmaongelmasta kärsivä lainsuojaton?

Sisäilmastoseminaari 13.3.2013 Helsinki.

Liite 1

Haastattelukysymykset

Oletteko tavanneet vastaanotollanne sisäilmasta sairastuneista potilaita. Minkä verran arvioitte heitä tavanneenne?

Onko sisäilmasta sairastuneilla jotain yhteistä nimittäjää?

Onko oireita helppo yhdistää sisäilmaongelmiin?

Minkälaisia oireet ovat?

Osaavatko potilaat itse yhdistää oireensa syyksi sisäilman?

Mihin sisäilmaoireilu voi vakavimmillaan johtaa?

Mikä on lääketieteen rooli ongelmassa: miten lääkäri voi auttaa?

Kuvaako nimi ympäristösairaus teidän mielestänne sisäilmasta sairastumista?

Voiko sisäilmasta sairastumista verrata johonkin muuhun terveysongelmaan vai onko se erityistapaus?

Millaista keskustelua aiheesta käydään teidän ammattinne piirissä?

Tuntevatko lääkärit mielestänne hyvin sisäilmakentän?

Olisiko teistä mahdollista laatia sisäilmasta sairastumiselle tarkat diagnosointikriteerit?

Mitä diagnoosin puuttuminen merkitsee potilaan kannalta?

Onko sisäilmasta sairastuminen ilmiönä vakava ongelma?

Mikä mielestänne on suurin epäkohta ongelman ratkaisussa?